Rok LXVIII. Kraków, dnia 20. marca 1909. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Odma piersiowa po krwawym zawale płuc.

Podał

Prof. L. Korczyński.

Powszechnie znaną jest rzeczą, że dla powstawania odmy piersiowej pierwszorzędne znaczenie posiadają wszystkie te sprawy, które w jakikolwiek sposób sprowadzają zniszczenie i rozpad tkanki płucnej i przyległej błony opłucnej. Najpospolitszą, najczęstszą z tych wszystkich spraw jest gruźlica; więc już mimowoli o niej myślimy, gdy w danym przypadku badanie fizyczne wykaże obecność powietrza w jamie opłucnej, a to tem bardziej, że odma gruźlicza przydarza się nie rzadko u osób z nader małemi zmianami w płucach.

Zestawienia statystyczne usprawiedliwiają najzupełniej ten sąd, wykazując gruźlicze zniszczenia płuc jako przyczynę odmy w 90—95% wszystkich przypadków gromadzenia się powietrza w jamach opłucnych. Inne przyczyny są o wiele rzadsze.

Ażeby o znaczeniu, względnie częstości tych przyczyn, posiąść lepsze pojęcie, uzasadnione cyframi, przytoczymy jedno z bardziej znanych zestawień statystycznych — pracę Biacha, opartą na spostrzeżeniach, poczynionych w trzech wielkich szpitalach wiedeńskich w ciągu dość długiego okresu czasu, bo 38 lat. Przypadki odmy widzimy tam zszeregowane, według przyczyn, w następujący sposób:

Odmy gruźliczej	715	przypadków
» przy zgorzeli płuc	65	»
» » ropniach opłucnej	45	»
» skutkiem zranienia	32	»
» przy rozszerzeniach oskrzeli	10	»
» » ropniach płuc	10	»
» » rozedmie płuc	10	»
» skutkiem zropienia zawału krwawego płuc	4	przypadki
» po przekłuciu klatki piersiowej	3	»
» skutkiem przebicia przełyku	2	»
» » » żołądka	2	»
» przy bąblowcu płuc	1	przypadek
» przez przebicie ropnia otrzewnej	1	»
» » » zropiałych gruczołów oskrzelowych	1	»
» przy martwicy mostka	1	»
» » » żeber	1	»
» skutkiem zropienia sutka	1	»
» z przyczyn bliżej nieznanych	14	przypadków
Razem	918	przypadków

Z przytoczonej statystyki i podobnych jej zestawień widać wyraźnie, jak znikomo małą jest liczba tych przypadków odmy, w których nie ma rozpadu tkanki płucnej. O tem samem świadczą także kazuistyczne opisy przypadków odmy, powstającej z innych przyczyn, wogóle nieliczne, a wprost zadziwiająco skąpe w naszem własnem piśmiennictwie.

Przeglądając to piśmiennictwo z nowszych czasów spotykamy zaledwo trzy tego rodzaju sprawozdania.

Najdawniejsze z nich, Chełmońskiego z r. 1888, podaje opis przypadku, w którym u chorego na przewlekłe zapalenie nerek, dotkniętego rozedmą płuc, powstała odma wśród napadu dychawicy mocznicowej. Badanie pośmiertne wykryło nadto środkowe zapalenia płuc, nie rozpoznane za życia.

Drugie sprawozdanie ogłosił Arnstein w r. 1893 o odmie przy zapaleniu opłucnej. W dalszym ciągu rozwinęło się ropne zapalenie opłucnej.

Wreszcie Sokołowski wspomina w swojem znanem dziele o chorobach narządu oddechowego o 2 przypadkach odmy, spostrzeganej u chorych na rozedmę płuc.

To ubóstwo materyału kazuistycznego, na które nie rzadko i słusznie wypada się uskarżać, wystarczy na usprawiedliwienie opisu przypadku odmy po zawale krwawym, spostrzeganego w ubiegłym roku na moim oddziale.

Jovo B., lat 45, wieśniak z P. w Bośni. Od roku mierna duszność przy każdej pracy, od stycznia nawet przy szybszym ruchu. W maju dalsze pogorszenie. Chory doznaje już stałej duszności, niema apetytu, doznaje przypadłości żołądkowych i jelitowych, traci siły. Wkrótce pojawiają się obrzęki około kostek. Ten ostatni szczegół skłania go do szukania rady i pomocy w szpitalu, gdzie zostaje przyjęty 28 sierpnia 1908.

Stan obecny według historyi choroby był wtedy następujący:

Chory wzrostu średniego, dobrze zbudowany, zaledwo miernie odżywiony. Skóra na obwodowych częściach ciała sina; wyraźna sinica warg. Naokoło kostek obrzęk skóry, sięgający do połowy goleni, oddechanie utrudnione, oddechy częste, nasilone. Z powodu duszności nie może chory leżeć i całe godziny spędza siedząc w łóżku. Duszność zwiększa się wyraźnie przy ruchach, zwłaszcza zaś przy kaszlu, pojawiającym się dość często.

Klatka piersiowa miernie długa, w całości nieco rozdęta, w częściach dolnych po stronie prawej zapadnięta. Ruchomość rusztowania mała, niższe i środkowe międzyżebra zapadają się przy wdechu. Drżenie klatki piersiowej słabe. Odgłos opukowy w częściach wyższych nizki, jawny, w dolnych, zwłaszcza po stronie prawej, lekko przytłumiony. Przy zmianie położenia jawniej po stronie lewej, po prawej nie zmienia się zupełnie. Na całej klatce piersiowej znaczna ilość nieżytowych zwężeń; w dole po prawej wyraźne osłabienie szmerów. Plwocina w skąpej ilości, nieżytowa.

Uderzenia serca widoczne na znacznej przestrzeni, ruchy serca faliste; uderzenia końca w VI międzyżebrzu na zewnątrz od linii sutkowej. W dołku sercowym wyraźne tętnienie. Stłumienie serca w obu wymiarach powiększone ku stronie prawej sięga poza linię mostkową. Nad ujściem tętniczem lewem pierwszy nieczysty ton, drugi wyraźny długi szmer. Nad ujściami żylnemi brzmienia, zbliżone do szmerów. Nad tętnicą płucną słabe tony. Tętnice szyjne tętnią silnie; podczas rozkurczu daje się słyszeć wyraźny szmer, o tych samych cechach, co szmer nad tętnicą główną. Tętno dość twarde, nieregularne; liczba tętna 100. Krzywa tętna (zob. rys.) wykazuje obok chybkości (*p. celcer*) typową bliźniaczość (*p. bigeminus*), zależną od pojawiania się w stałych odstępach czasu skurczów dodatkowych.

Opuszki żył szyjnych rozdęte, żyły szyjne szerokie; tak opuszki, jak i żyły tętnią tętnem przedsionkowem i tętnem komorowem.

Brzuch miernie wzdęty; wątroba macalna, bolesna, tętniąca. W jamie brzusznej mała ilość wolnego płynu.

Mocz wysycony o c. wł. 1,030, zawiera ślad białka, sporo barwików i moczanów. W osadzie moczany, nieliczne wałeczki szkliste, komórki nabłonkowe z niższych dróg moczowych.

Obraz choroby był zupełnie jasny. Mieliśmy przed sobą objawy niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, wywołanej zmianami miażdżycowemi z na-



stępowym przerostem i rozszerzeniem lewej połowy serca. Rozedma płuc i zrosty opłucne po stronie prawej tłomaczyły dostatecznie takie same zmiany w zakresie komory prawej. Rozszerzenie komory było tak znaczne, że przez nią powstała względna niedomykalność zastawki trójdzielnej.

Po podaniu leków skrzepiających mięsień sercowy i zwiększających wydzielanie moczu nastała pewna poprawa. Obrzęki ustąpiły, sinica zmniejszyła się, rozmiary serca zmalały. Nie trwało to jednak długo. Już w połowie września zaczęła się zmniejszać ilość moczu, w ślad za tem wystąpił obrzęk około kostek, w brzuchu pojawił się na nowo płyn przesiękowy. Równocześnie z tem stwierdzono większe rozmiary serca, znaczniejsze rozszerzenia żył, większą sinicę skóry. Tętno stało się pod każdym względem gorsze.

Z końcem września pojawiło się, jako dalsze następstwo osłabienia komory prawej, obfite krwioplucie, wywołane tworzeniem się zatorów w rozgałęzieniach tętnicy płucnej i powstawaniem zawałów krwawych w płucach. Zwłaszcza po stronie prawej można było wykazać rozległe ogniska zawałowe w dolnym płacie.

W nocy z 13. na 14. października pojawiły się dość silne dreszcze i mierne podniesienie ciepłoty; chory zaczął się skarżyć na ból w prawej stronie klatki piersiowej. Jako przyczynę gorączki i kłucia wykazać było można zapalenie opłucnej po tejże stronie, objawiające się znaczniejszem napięciem i bolesnością międzyżebrzy, oraz miękkiem tarciem.

Już następnego dnia t. j. 15. października, stwierdzono objawy nowe, świadczące o zgromadzeniu się powietrza na ściśle ograniczonej przestrzeni po stronie prawej. W 9. międzyżebrzu w linii łopatkowej pojawił się odgłos bębenkowy z podźwiękiem metalicznym, drżenie klatki piersiowej stało się nie wyczuwalne, objawy osłuchowe przybrały właściwy dźwięk. Szczegóły te utrzymywały się i w dniach następnych z tą tylko różnicą, że odgłos wypukowy stał się niższy, a więc tem głośniejszy, a szmery oddechowe i rzężenia mniej dźwięczne.

Wśród postępującego coraz bardziej osłabienia serca i ogólnego upadku sił zmarł chory 19. października 1908.

O g l ę d z i n y p o ś m i e r t n e, wykonane w prosektoryum szpitalnem przez Dra W o d y ń s k i e g o potwierdziły rozpoznanie kliniczne. Rozpoznanie anatomiczne opiewało: *Endarteriitis atheromatosa aortae diffusa cum deformatione valv. aortae ssq. insufficientia ostii arteriosi sinistri. Hypertrophia et dilatatio cordis utriusque, degeneratio adiposa m. cordis, thrombosis auriculae dextrae cordis. Infarctus haemorrhagici magni loborum inferiorum, praecipue pulmonis dextri ssq. pleuritide exsudativa dextra atque pneumothorace circumscripto dextro.*

Przed otwarciem klatki piersiowej wkłóto trójgraniec w 9. międzyżebrzu w miejscu odgłosu bębenkowego; nie stwierdzono jednak przytem wypływania powietrza z sykiem, powstającym skutkiem różnicy w parciu zewnętrznem i wewnętrznem. Po ostrożnem otwarciu klatki piersiowej stwierdzono, że prawy worek opłucny jest podzielony przez włókniste zrosty na cały szereg jam, w części zupełnie zamkniętych, w części łączących się ze sobą, jamy te, z wyjątkiem jednej, przylegającej do tej części klatki piersiowej, na której powstawał odgłos bębenkowy, wypełnione płynem mętnym, zawierającym skrzepy włóknika. Wysiękiem włóknikowym jest pokryta także opłucna dalszych części płuca prawego. Części te są zbite, ciężkie, zupełnie bezpowietrzne. Na ograniczonej przestrzeni płatu dolnego, w części tylnej na małej przestrzeni, nie większej od groszowej monety obumarcie i rozpad tkanki. Na przekroju przedstawia powierzchnia płuca typowy obraz świeżego zawału krwawego. Części płuca, niedotknięte zawałem, rozdęte. W lewej jamie opłucnej płyn jasny, przesiękowy, opłucna gładka, lśniąca, płuco powietrzne, wzdęte, tylko w płacie dolnym w dole z boku dość znaczne ognisko zawałowe; opłucna, pokrywająca tę część płuca, przyćmiona.

Serce wielkich rozmiarów (*cor bovinum*), mięsień znacznie grubszy, jamy serca, zwłaszcza komora prawa i przedsionek prawy wybitnie większe. Mięsień wiotki, kruchy. Badanie drobnowidowe wykazuje rozległe stłuszczenie. W uszku prawem starsze skrzepy. Zastawki, z wyjątkiem zastawek tętnicy głównej, nie okazują wyraźnych, gołem okiem dostrzegalnych zmian. Żagle wspomnianej zastawki zgrubiałe, skurczone. Błona wewnętrzna tętnicy głównej usiana gęsto rozłożonemi zgrubieniami; owrzodzeń, ani złogów soli wapniowych dostrzedz nie można. Tętnice obwodowe okazują rozpoczynającą się dopiero miażdżycę.

W jamie brzusznej płyn wolny w małej względnie ilości. Wątroba zepchnięta ku dołowi. W narządach jamy brzusznej i w nerkach obraz przekrwienia biernego znacznego stopnia.

Zmiany, wykryte na zwłokach, godzą się najzupełniej ze spostrzeżeniami, poczynionemi za życia i rozjaśniają dokładnie cały przebieg choroby.

Na podstawie obrazu sekcyi trzeba również przyjąć, że chory przebył względnie dość dawno zapalenie opłucnej po stronie prawej z następowem wytworzeniem się rozległych zrostów. Zrosty te jak niemniej rozedma płuc i nieżyt oskrzelowy wywołały przerost i rozszerzenie prawej połowy serca. Później rozwinęły się — może na tle kiły, tak częstej tutaj — zmiany miażdżycowe w tętnicach, głównie w aorcie i na zastawce półksiężycowatej aorty. Następstwem ich był przerost komory lewej, połączony z rozszerzeniem. Wpływało to na serce jako całość tem bardziej ujemnie, skoro już poprzednio istniały zmiany w krążeniu małem. Niedomoga serca powiększyła się wtedy do tego stopnia, że chory stał się zupełnie niezdolnym do pracy, a wreszcie i do jakichkolwiek ruchów.

Że serce tak rychło wyczerpało się, zdaje się zależeć od rasowych właściwości. Ze spostrzeżeń, jakie dotychczas mogłem poczynić, nabrałem przekonania, że ludność tubylcza, zwłaszcza bośniacka, posiada wogóle słabszy narząd krążenia, że serce, gdy mu przyjdzie na stałe więcej pracować, nietylko nuży się łatwo, ale wprost o wiele łatwiej się wyczerpuje. Widać to wyraźnie na chorych, u których są podstawy anatomiczne dla zwiększonej pracy serca, —

widać na zdrowych, u których praca jako taka jest jedynym namacalnym czynnikiem wymagającym dzielniejszego działania serca.

Rozedma płuc nie należy u nas, zwłaszcza wśród mieszkańców górskich okolic Galicyi, do rzadkich chorób. A jednak, jak późno powstaje przy niej niedomoga serca, czyli innemi słowy, jak długo starczy sił sercu. W Bośnii ludzie względnie młodzi, bo już nawet między 30 a 40 rokiem życia, zgłaszają się po poradę z powodu osłabienia serca, wywołanego rozedmą płuc i to osłabienia znacznego najczęściej stopnia. To samo odnosi się do wad zastawkowych. U nas widuje się chorych, dotkniętych temi wadami, nie tak bardzo rzadko, przy cięższej nawet pracy, znoszących względnie dobrze tę pracę. U ludności bośniackiej staje się taki chory prawie zawsze niezdolnym do cięższej pracy, a wielu z nich nawet zupełnie pracować nie może.

Na razie zadawalniam się tymi kilku szczegółami, nie wdając się w ich rozbiór. W przyszłości, gdy się zgromadzi większy zasób dokładniej opracowanego materyału, mam zamiar zająć się bliżej tą sprawą.

W chwili, kiedy nasz chory zgłosił się do szpitala, istnieć musiały w jego sercu daleko posunięte zmiany, a nie zwykłe tylko znużenie. Leczenie nie mogło wobec tego, mimo zupełnego spokoju, odnieść większego skutku. Bo jakkolwiek na razie udało się usunąć ciężkie objawy niewyrównania, prawdopodobnie przez podniesienie czynności lewej komory i zwiększenie wydzielania nerek, to jednak nie powiodło się powstrzymać postępującego zwyrodnienia mięśnia, przedewszystkiem prawej komory, a tem samem powrotu zupełnego niewyrównania. W komorze, względnie w przedsionku i w uszku powstawały skrzepy i dostarczały materyału zatorowego. Zatory i następowe bardzo rozległe zawały krwawe płuc przyczyniły się dalej do tego, aby serce tem bardziej osłabło, a znaczna, szeregiem dni trwająca utrata krwi i niemożność odżywiania się podkopały w niemałym stopniu i tak już niewielki zasób sił chorego.

W tych warunkach pojawia się, jako dalsze następstwo zawałów, zapalenie opłucnej po stronie prawej i ogniskowe, ściśle ograniczone zapalenie płuca. Przy krążeniu wogóle słabem, a w zatorowanym obszarze nawet wprost niewystarczającem dla dostatecznego odżywienia tkanek, nastaje ograniczone obumarcie tkanki płucnej i opłucnej, a wtedy, czyto przy silniejszym kaszlu, czy przez napięcie dawnych zrostów opłucnych, rozdziera się tkanka, powstaje szczelina w opłucnej i w płucu, przez którą napływa powietrze do jamy opłucnej. Powstała w ten sposób odma. Nie stała się ona ogólną, t. j. nie zajęła całej jamy opłucnej prawej, bo jama licznemi przegrodami, utworzonemi z pasm tkanki łącznej, była podzielona na cały szereg mniejszych i większych przestrzeni, w części nawet zupełnie ściśle od siebie odgraniczonych, względnie łączących się ze sobą tak małymi otworami, że nie można ich było dostrzedz.

Odma, ograniczona skutkiem tego, nie miała większego znaczenia dla dalszego przebiegu choroby. Nie wpływała bynajmniej na zmniejszenie powierzchni oddechowej, bo leżące pod nią płuco już przedtem zupełnie było bezpowietrzne. Z objawów fizycznych zdaje się zresztą wynikać, że szczelina w płucu zakleiła się zupełnie i powietrze miało dostęp zamknięty do jamy opłucnej. Powietrze zaś, które się poprzednio dostało, uległo w pewnej części wchłonięciu. Przemawia za tem nader wyraźna zmiana wysokości odgłosu bębenkowego i objawów ściśle osłuchowych, spostrzegana za życia.

Zwracając się do strony anatomicznej opisanego spostrzeżenia, podnieść trzeba, że przyczyna odmy leżała nie w zawale jako takim, lecz w następowem obumarciu i rozpadzie tkanki płucnej. Szczegół ten, na który z naciskiem wskazuje Unverricht, tembardziej zasługuje na podniesienie, że nasze podręczniki nie uwzględniają go dostatecznie.

Z kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Rak pierwotny języczka.

Podał

Dr Jan Pieniążek (Łódź).

Mikulicz w monografii swojej o nowotworach gardła i jamy nosowo-gardłowej (Handbuch der Laryngologie und Rhinologie — P. Heymann) wskazuje na rzadkość nowotworów złośliwych języczka; znane mu były mianowicie 4 przypadki: jeden, operowany przez Prof. Rydygiera, drugi — Malmstena, trzeci — Zniakowskiego, czwarty — Baginsky-Katzensteina.

Jakkolwiek od tej chwili ilość opisanych przypadków wzrosła, to jednak nie tak znacznie, bo do tego czasu łącznie z powyżej przytoczonymi naliczyć można zaledwie dwanaście Uwaga więc Mikulicza pozostaje słuszną. I ta okoliczność pobudziła mnie do przedstawienia niniejszego spostrzeżenia.

Przypadek nasz dotyczy 74-letniego Adama B., emeryta kolejowego, przybyłego do kliniki dnia 19. lutego r. b.

Przed czterema miesiącami zauważył chory, że mu coś w gardle zawadza. To uczucie stale i szybko się zwiększało, z czasem wystąpiła duszność i utrudnienie w przełykaniu, które dosięgło takiego stopnia, że chory w ciągu ostatnich 7 tygodni mógł połykać tylko płyny. Przed 3 tygodniami zauważył coś wystającego na zewnątrz pomiędzy zębami; wtedy oderwał palcami kawał jakiejś mięsistej masy, wielkości małego jabłka. Wskutek tego nastąpiło znaczne krwawienie, ale zarazem i ulga w duszności i względne ułatwienie połykania. Oprócz tego jednego wypadku chory nie przypomina sobie żadnych krwawień z gardła; podaje dalej, że w ostatnich czasach wychudł. Pali dużo, przeważnie fajkę. Poważniejszych chorób nie przebywał.

Przy badaniu chorego stwierdzono w gardle guz barwy ciemno-czerwonej, miejscami brudno-szarej, o powierzchni nierównej, drobno zrazikowatej, poprzecinanej głębokiemi bruzdami Guz ten przyczepiony z góry do podniebienia miękkiego zapomocą szerokiej szypuły, mającej w wymiarze poprzecznym powyżej 2 ctm. Szypuła guza wychodzi z nasady języczka, który znika w masie nowotworu, i z podniebienia miękkiego z prawej strony. Łuki podniebienne lewe, przedni i tylny, są wolne i nie zmienione, prawe zaś w części środkowej spojone z nowotworem. Podniebienie miękkie, oprócz miejsca przyczepu guza, żadnych zmian chorobowych nie przedstawia. Guz przylega z boków do migdałków i poza korzeniem języka opada swobodnie w kierunku nagłośni, dotykając górnego jej brzegu. Nowotwór w całości jest ruchomy i daje się odciągnąć ku przodowi, a wtedy dostępne są dla badania ściany gardła i jamy nosowo-gardłowej, które zresztą wyglądają prawidłowo; również zdrową wydaje się tylna powierzchnia podniebienia miękkiego.

Zewnętrznie znaleziono obrzękły gruczoł limfatyczny pod kątem dolnej szczęki z prawej strony.

Nowotwór został usunięty przez Prof. Pieniążka w d. 20. lutego.

Celem uniknięcia krwawienia nałożono skośnie na podniebienie miękkie z obu stron nasady guza tępe kleszcze i pomiędzy niemi nowotwór wykrojono łącznie z przylegającą zdrową częścią podniebienia miękkiego. Po zdjęciu kleszczy nastąpiło niewielkie krwawienie z prawego brzegu rany, wobec czego ranę w tem miejscu obszyto. Następowego krwawienia zupełnie nie było. Guz po wyjęciu nieco się skurczył; wielkość jego odpowiadała wielkości dużego włoskiego orzecha; guz był miękki, na powierzchni jego znajdowały się miejsca zmartwiałe. Makroskopowo guz sprawiał wrażenie nowotworu złośliwego, mianowicie raka.

Badania drobnowidowe, wykonane przez Docenta Dra Glińskiego w zakładzie anatomii patologicznej U. J., stwierdziło istotnie utkanie raka. Utkanie to cechowały: ubóstwo tkanki łącznej, wielkie gniazda komórek nabłonkowych, wśród których widoczne były liczne komórki w różnych stadyach karyokinezy; typowy obraz raka miękkiego z silną skłonnością rozrostową.

Przeglądając piśmiennictwo, napotykamy pewne właściwości nowotworów języczka, przytaczane przez niektórych autorów, dotyczące powstawania nowotworów, sposobu rozrastania się, jak również rokowania w przypadkach tych guzów.

W większości opisanych przypadków były pierwotne raki języczka. Zdaniem jednak Schiffersa, rak języczka może powstać i wtórnie wskutek przeobrażenia rakowego nowotworów łagodnych, brodawczaków, pod wpływem drażnienia lub osobniczego usposobienia. »In statu nascendi« spostrzegał to Henschel w przypadku gruczolaka podniebienia twardego z poczynającym się tworem rakowym na powierzchni guza. Również i Baurowicz w opisanym przez siebie przypadku raka podniebienia miękkiego wyraża przypuszczenie na zasadzie badania drobnowidowego, że rak rozwinął się wtórnie z pierwotnego włókniako-gruczolaka.

Co do rokowania należy zauważyć, że bywa ono przy raku języczka względnie pomyślne: w niektórych przypadkach nawrotu zupełnie nie spostrzegano, w innych dopiero po dłuższym czasie. Herman Smith stara się wytłómaczyć tę właściwość raków języczka w ten sposób, że nowotwory złośliwe języczka i podniebienia miękkiego szerzą się stopniowo na sąsiednie części (gruczołki śluzowe) podniebienia miękkiego, a wobec tego rozrost ich jest powolniejszy, niż gdyby szerzyły się drogą naczyń limfatycznych. Wielokrotne nawroty opisuje tylko Schiffers w przypadku, który zakończył się śmiercią przy objawach ogólnego charłactwa.

Wielce ciekawy w tym względzie był przypadek, wspomniany przez Mikulicza w »Handbuch für Laryngologie und Rhinologie«, a dotyczący chorego, operowanego przez Prof. Rydygiera. Wiadomości o dalszym przebiegu choroby udzielił mi łaskawie Prof. Pieniążek. którego chory odwiedził po upływie 2 lat od czasu pierwszej operacyi. Prof. Pieniążek znalazł wtedy dość duży guz, zajmujący błonę śluzową nad obu chrząstkami nanalewkowatemi. Guz ten okazał się znowu rakiem. Na miejscu poprzednio operowanem była blizna bez śladu nawrotu. W danym przypadku, zdaniem Prof. Pieniążka, nastąpiło przeszczepienie się z nowotworu pierwotnego na drodze połykania przed operacyą pierwszego guza. Za tem przypuszczeniem przemawiał i dalszy przebieg choroby, Wskutek rozszerzenia się raka na samą głośnię wykonano u tego chorego tracheotomię. Po pewnym czasie poniżej dolnego końca kaniuli powstały znowu guzki rakowe na tylnej ścianie tchawicy. Podobne powstawanie tworów rakowych pod dolnym brzegiem kaniuli przy rakach krtani spostrzegał Prof. Pieniążek jeszcze tylko w 2 innych przypadkach, które należy odróżnić od tych liczniejszych przypadków, gdzie nowotwór szerzył się z krtani na tchawicę wzdłuż kaniuli tracheotomijnej i wytwarzał poniżej jej dolnego końca zwężenie tchawicy. W trzech zaś powyższych przypadkach część tchawicy, obejmująca kaniulę, była zupełnie od nowotworu wolna. W tych przypadkach szerzenie się nowotworu przez ciągłość (*per continuitatem*) należy wyłączyć, prawdopodobnem zaś wydaje się przeszczepienie się samorodne nowotworu.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek wyrazić uprzejme podziękowanie Profesorowi Pieniążkowi za udzielenie mi opisanego wyżej przypadku i za cenne wskazówki i uwagi przy jego opracowaniu, jak również Docentowi Drowi Glińskiemu za łaskawe wykonanie i wyjaśnienie preparatów drobnowidowych.

Piśmiennictwo. 1) Mikulicz: O nowotworach gardła i jamy nosowo-gardłowej. Handbuch für Laryngologie und Rhinologie. P. Heymann. — 2) Pieniążek: Die Veränderungen der Luftwege: *a*) Rozdział o nowotworach gardła. *b*) Rozdział o nowotworach tchawicy i oskrzeli. — 3) Baurowicz. Ein gestielter Drüsenkrebs des weichen Gaumens. Arch. für Laryngol. Zeszyt 1., Tom 6. Nawrót czystego raka uszypułowanego na tem samem miejscu: Bericht aus der Abtheilung des Prof. Pieniążek in Krakau. Monatschr. f. Ohrenheilk. 1899, Nr 12. — 4) Walker Downie: A case of primary epithelioma of the uvula. Scottish Medic. and Surgic. Journal, styczeń, 1899. — 5) Lenox Brown. Primary epithelioma of the uvula and toft palate. Scottish Med. and Surg. Journal, marzec, 1899. — 6) James J. Mc. Caw. — Primary epithelioma of the uvula and toft palate and treatment with the Roentgen rays. N. Y. Medic. Jornal 9. sierpnia 1902. — 7) Henszel. Referat na posiedzeniu wiedeńskiego Tow. laryng. 3. lutego 1904. Intern. Centralbl. f. Laryng. Rhinol. und verw. Wiss. (F. Semona). — 8) Parozzani. Contributo alla casuistica del cancro primitivo del palate molle. Annali di medicina navule, grudzień, 1902. — 9) Herman Smith. Primary epithelioma of the uvula. N. Y. Med. Journal 29. kwietnia 1905. — 10) Schiffers. Przedstawienie preparatów mikroskop. na rocznem posiedzeniu Tow. Belgijs. oto-laryngologicznego 17. czerwca 1905 r. Internat. Centralbl. für Laryng. Rhinol. (Semona). — 11) S. Hopman. Przedstawienie pierwotnego raka języczka na posiedzeniu Związku zachodnio-niemieckich oto-laryngologów 30. kwietnia 1905 w Kolonii. Internat. Centralbl. für Laryng., Rhinolog. (Semona). — 12) Friedmann; Ein Fall von Carcinom der Uvula.— Berl. klin. Wochenschrift 1906. — 13) Pinatelle. Epithéliome de la luette. Societé des Scienc. méd. de Lyon 13. marca 1908.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Gaucher. **Badania nad trawieniem mleka.** (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1909, Nr 1). Podawszy psu 250,0 mleka, uzyskiwał autor przez kaniulę, wstawioną do dwunastnicy przez przetokę w pewnych odstępach czasu płyn, przechodzący z żołądka do dwunastnicy. Po 5 minutach od początku doświadczenia pojawiało się w otworze kaniuli mleko, wyglądające zwyczajnie, tylko cokolwiek gęstsze i ciągnące się; wypływało jakby rzutami co 15—20 sekund w ciągu 8—10 minut. W ciągu tego czasu zebrano 175,0 płynu o odczynie obojętnym lub lekko zasadowym; płyn ten w naczyniu szybko ścinał się, osobliwie, gdy naczynie było ogrzane do 38⁰. Mniejwięcej po 15 minutach od początku doświadczenia następuje 2 faza: pojawia się przeźroczysta lub lekko opalizująca serwatka z domieszką skrzepów sernika. Widocznie i sok żołądkowy zaczyna się już tutaj wydzielać, gdyż oddziaływanie płynu jest kwaśne. Druga ta faza trwa około 15 minut; ilość płynu zebranego wynosi 100·0. Po 25—30 minutach pokazuje się żółć i stanowi to początek 3-ciej fazy, w czasie której wydziela się żółtawa serwatka, oddziaływająca kwaśno i bardzo mętna, gdyż są w niej w zawiesinie drobniutkie grudki sernika. Po godzinie lub półtorej godziny pojawia się w kaniuli charakterystyczny szmer, jakby od wy-

chodzących pod znacznem ciśnieniem gazów i wydobywać się poczynają »śluzowe wałeczki«; wtedy żołądek jest zupełnie opróżniony. — W ciągu całego doświadczenia można zebrać 450—480,0 płynu. Badając następnie ów dobyty w rozmaitych łazach trawienia płyn co do tłuszczu i sernika, znalazł autor, że prawie 90% tłuszczu i sernika przechodzi z żołądka do jelit w stanie niezmienionym i niespeptonizowanym.

Dr L. Mańkowski.

Braeuning. **O zmianach kształtu żołądka.** (Badania promieniami Röntgena). (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 6). Zapomocą promieni Röntgena możemy bardzo dokładnie śledzić ruchy żołądka przy spożyciu pokarmów i nawet wyrobić sobie zdanie, czy żołądek ten jest prawidłowy, czy nie. Jeżeli badanemu podamy 200 grm miazgi ziemniaczanej z 30 grm bizmutu i prześwietlimy skośnie klatkę piersiową, to przekonywamy się, że z ust w niespełna 4 sekundy przechodzi miazga przez przełyk i do 10 sekund ukazuje się pod lewą kopułą przepony w postaci cienia, ponad którym widać bańkę połkniętego równocześnie powietrza. W miarę dalszego jedzenia cień przybiera postać klina, którego ostrze, zwrócone ku dołowi, zaczyna się coraz niżej opuszczać, przyczem klin cały się zwiększa, aż mniejwięcej w 10 minut dosięga najgłębszego punktu żołądka, przyczem dolny kąt klina zaokrągla się. Inaczej przedstawia się rzecz, jeżeli badany przełyka płyn. Tu przechodzenie odbywa się znacznie szybciej i cień powiększa się szybko, i to nietyle na długość, ile odrazu na boki. To są obrazy w żołądku prawidłowym. Inaczej przedstawiają się znów obrazy przy chorobach żołądka. W razie osłabienia warstwy mięsnej nie powstaje przy spożywaniu pokarmów stałych klin, lecz odrazu walec, podobnie jak przy końcu spożycia pokarmów stałych lub płynu. Przy opadnięciu żołądka klin ten jest bardzo długi i cienki, a rozmieszczenie końcowe pokarmów odpowiada rozlaniu się płynu w żołądku prawidłowym. Prócz tego w żołądku zwiotczałym bańka powietrza jest o wiele większa i wybitniejsza. *K.*

Prof. Rieder, Dr Kästle, inżynier Rosenthal. **O kinematograficznych zdjęciach rentgenowskich** (*biorentgenographia*) **wewnętrznych narządów człowieka.** (Doniesienie tymczasowe). (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 6). Oddawna zdążano do tego, by wykonać dokładne kinematograficzne zdjęcia rentgenowskie, co objaśniłoby wiele ciemnych jeszcze spraw, n. p. z mechanizmu oddychania, ruchów serca, stawów i t. p. Po długich próbach udało się autorom rozwiązać ten problem zupełnie, t. j. dokonywać zdjęcia na jednem posiedzeniu, a nie jak dotąd w kilku osobnych, co obrazu wiernego nigdy dać nie mogło. Sposób swój nazwali autorzy: biorentgenografią. Tak np. do zdjęcia wdechu i wydechu użyć można 6 do 12 filmów. W ten sposób badali autorzy także ruchy żołądka i o wynikach dokładnie doniosą w obszerniejszej pracy. Kinematograficzne zdjęcia mają tę wyższość nad oglądaniem na ekranie, że można je potem każdej chwili dowolnie powtarzać; celem obserwacyi zwalniać lub przyspieszać pojedyncze fazy, przez co dostrzega się wiele szczegółów, które badające oko na ekranie pomija. *K.*

Kuszewa: **Wymioty zimowe** (*Prakticz. Wracz.* 1909, Nr 2). Autorka opisuje dość szczegółowo 5 przypadków, w których w ciągu kilku lat (2—15) stale z nastaniem zimy u chorych codziennie występowały wymioty. Występowały one po kilka razy dziennie, a jakość pokarmu zdawała się nie mieć żadnego wpływu na ich występowanie. K. nie znalazła u swoich chorych żadnych zmian w jamie nosowej, w uchu, ani w gardle, ani też wybitnych objawów nerwowych. Przy badaniu soku żołądkowego okazało się, że w 2 przypadkach był on prawidłowy, w jednym było nadmierne wydzielanie kwasu solnego, a w jednym przypadku badania soku żołądkowego nie wykonano. Wobec tego, że wszystkie spostrzeżenia dotyczyły ludzi, zresztą zupełnie zdrowych, którzy w ciepłej porze roku żadnych dolegliwości nie doznawali, sądzi K., że analogicznie ze »świądem zimowym« i »hemoglobinuryą zimową« należy opisane przypadki odnieść do oddzielnej grupy klinicznej »wymiotów zimowych«. W pojawieniu się tych wymiotów gra rolę prawdopodobnie układ nerwowy. Zimno, drażniąc zakończenia nerwów skóry, a być może i błony śluzowe, odruchowo oddziaływa na żołądek i wywołuje wymioty. Analogiczne objawy odruchowe mamy np. w ciąży, przy zaburzeniach w wątrobie, nerkach, żeńskich narządach płciowych. Wszystkie spostrzegane przypadki »wymiotów zimowych« tyczyły się kobiet. Wiek chorych wahał się od 27—60 lat. *Dr Mańkowski.*

Pewzner: **W sprawie wpływu wód mineralnych na przewód pokarmowy** (*Medic. Obozr.* 1909, Nr 2). Pomimo, że tysiące chorych odbywa leczenie w zdrojowiskach, jednakowoż chorych posyła się do wód, właściwie mówiąc, na podstawie empirycznych spostrzeżeń i dotychczas jeszcze zdania klinicystów w sprawie wpływu wód na rozmaite części przewodu pokarmowego są podzielone. Jako przykład możnaby zacytować Linossiera, Bobina i Mathieugo, którzy twierdzą, że wody alkaliczne wpływają pobudzająco na wydzielanie soku żołądkowego, Hayem zaś twierdzi przeciwnie, że obniżająco. Wobec tak sprzecznych wyników klinicznych nie pozostaje nic, jak zwrócić się do doświadczeń na zwierzętach. Tutaj nasuwa się oczywiście pytanie, o ile można odnosić do człowieka wyniki doświadczeń na zwierzętach. Otóż porównawcze badania w tym względzie Bickela i Mayera, Cadea i Latarjeta dowodzą bardzo wielkiego podobieństwa w sprawie wydzielania soku żołądkowego u człowieka i zwierząt takich np., jak pies.

Autor postanowił zbadać doświadczalnie wpływ rozmaitych wód mineralnych na wydzielanie soku trzustkowego. Czynność trzustki jest nadzwyczaj ważna dla ustroju, ponieważ, jak mówi Oser, sok trzustki wszystko, co może być przetrawione, przetwarza w postać, nadającą się do spożytkowania przez ustrój. Doświadczenia swoje wykonał P. na psie, u którego metodą Pawłowa wytworzono przetokę trzustkową. P. wlewał przez zgłębnik do żołądka psu na czczo 200,0 zwykłej wody z wodociągu, a po godzinie 200,0 mleka. Kiedy sok trzustkowy przestał się już wydzielać, pies dostawał 200,0 wody mineralnej, a po godzinie znowu 200,0 mleka. Przy powtórzeniu doświadczenia dostawał pies na początku wodę mineralną i mleko, następnie zaś wodę zwykłą i mleko. Ilość wydzielanego soku trzustkowego mierzono co 10 minut; określano także jakość jego w oddzielnych porcyach. P. badał wpływ następujących wód: 1) Wiesbaden-Kochbrunnen, 2) Karlsbad-Sprudel, 3) Vichy-Celestin, 4) Selters, 5) Fridrichshall-Bitterquelle, 6) Hunyady-Janos. Badania stwierdziły, że najbardziej pobudza do wydzielania soku trzustkowego Kochbrunnen; słabiej działają Sprudel i Selters; Selters dzięki temu, że zawiera kwas węglowy. Zmniejszają wydzielanie soku trzustkowego Vichy-Celestin i Hunyadi Janos. Fridrichshall-Bitterquelle nie wpływa wcale na ilość soku. Co się tyczy jakości soku, to okazało się, że sok wydzielający się w zwiększonej ilości po podaniu Sprudla ma słabszą siłę trawienną, niż sok wydzielający się w zmniejszonej ilości po Vichy-Celestin. Po Vichy-Celestin zdolność trawienia równała się podług skali Metta 3,5 mm, a po Hunyadi Janos 1,5 mm.

Autor nie ukończył jeszcze swych badań, podaje więc tylko wyniki tymczasowo i nawołuje lekarzy do pracy w tym kierunku, aby można było wypracować ściślejsze wskazania do przepisywania wód. *Dr L. Mańkowski.*

Galler: **Badania nad leczeniem cholery surowicą** (*Wracz. Gaz.* 1909, Nr 1). Autor zastosował w r. 1907 w jednym przypadku surowicę przeciwcholeryczną Krausa. Zachęcony dobrym wynikiem, gdy w końcu 1908 r. cholera pojawiła się w gub. saratowskiej, zaczął doświadczenia na większą skalę. Surowica, której używał, pochodziła z 13 źródeł: 1) surowica z petersburskiego Instytutu medycyny doświadczalnej; 2) surowica Salimbeniego (Paryż); 3) surowica Krausa (Wiedeń). Wszystkich chorych, u których cholerę stwierdzono bakteryologicznie, było na oddziele w Saratowskim szpitalu 41. Z tej liczby u 26 wstrzykiwano surowicę. Chorych podzielił G. na 4 grupy: *a*) bez nadziei, *b*) ciężko chorych, *c*) średnio, *d*) lekko chorych. Historye chorych, leczonych surowicą, przytacza G. w skróceniu, a wyniki swych spostrzeżeń w następującej tablicy:

Grupy	I.	II.	III.	IV.	Razem
Nie leczeni surowicą	5 (5)	1 (1)	—	9	15 (6)
Surowica Inst. med. dośw.	5 (5)	2 (1)	6 (4)	—	13 (9)
Surowica Salimbeniego	—	5 (2)	1 (0)	—	6 (2)
Surowica Krausa	2 (2)	4 (1)	1 (0)	—	7 (3)

(Liczby w nawiasie oznaczają przypadki, które zakończyły się śmiercią).

Ponieważ dawkowanie nie jest dotychczas ściśle określone, przeto G. musiał iść niejako omackiem i z początku wstrzykiwał za mało surowicy; twierdzi też, że zdołałby bezwątpienia niektórych chorych uratować od śmierci, gdyby odrazu wstrzyknął do żyły dostateczną ilość surowicy. Za najodpowiedniejsze uważa G. wstrzykiwać surowicę wprost do żyły, a nie pod skórę; jednocześnie powinno się wstrzykiwać pod skórę pewną ilość fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Chorym, u których niema żadnej nadziei wyzdrowienia, radzi G. albo wcale surowicy nie wstrzykiwać, albo, jeżeli ma się dużo surowicy, to odrazu wstrzyknąć 100,0—150,0. Ciężko chorym wstrzykuje się 80,0—100,0,

łżej chorym 40,0—60,0. Dzieciom 10—12-letnim wstrzykuje się połowę dawki dorosłych. Porównując nakoniec działanie rozmaitych surowic, wypowiada G. zdanie, że surowica wiedeńska i paryska są więcej antytoksyczne od petersburskiej.

Dr L. Mańkowski.

Mironescu: **Leczenie duru brzusznego lawatywami z kollargolu** (*Berlin. klin. Wochschft* 1909 Nr 1). W 17 przypadkach duru brzusznego stosował M. dziennie 1—2 lawatywy z 5 gr. kollargolu (5 gr. kollargolu, 100 gr. wody przekroplonej). O ile ciepłota przekraczała 39,0, stosowano równocześnie kąpiele. Lawatywę z kollargolu poprzedzała lawatywa oczyszczająca. U chorych, którzy lawatyw nie zatrzymywali, dodawano do płynu 10—12 kropli nastoju makowca. Skoro i takiej lawatywy chory nie zatrzymywał, podawano kollargol wewnętrznie po 1 gr. (8—10 gr. dziennie), wynik był jednak znacznie słabszy, niż po lawatywach. Zdaniem M. kollargol jest zupełnie nietrujący; w ciągu 10—12 dni podawał on dziennie po 10 gr. kollargolu w lawatywach, bez wywołania jakichkolwiek objawów zatrucia. Ciepłota po lawatywach nie spadała nagle, pomimo dużych dawek, zwykle po pierwszej lawatywie ciepłota podnosiła się, a dopiero drugiego dnia spostrzegano wyraźne jej obniżenie. U chorych durowych, których równocześnie leczono tylko zimną wodą, gorączka utrzymywała się 10—15 dni dłużej, niż u leczonych lawatywami z kollargolu. U leczonych lawatywami z kollargolu nie wykazano również nigdy obecności krwi w stolcach, natomiast u trzeciej części nieleczonych kollargolem, pojawiały się krwotoki jelitowe. M. zauważył również wzmożenie się liczby leukocytów u chorych durowych po zastosowaniu lawatyw. Zdaniem M. można stosować lawatywy z kollargolu równocześnie z leczeniem zimną wodą, tam zaś, gdzie zimna woda jest przeciwwskazana, są lawatywy bardzo skuteczną metodą leczenia.

W. Kluger.

Bennecke. **Objawy zapalenia wyrostka robaczkowego przy płatowem zapaleniu płuc.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 7). Zapalenie płuc, zwłaszcza górnego płatu płuca prawego, przebiegać może czasem przy objawach zapalenia wyrostka robaczkowego, dając czasem tak typowe obrazy zajęcia wyrostka, że nieraz takich chorych nawet już operowano, na co przytacza B. przykłady z kliniki w Jenie. Zapalenia płuc przebiegają wtedy prawie zawsze atypowo. Przypadków takich z kliniki Prof. Stintzinga zebrał B. 21. Strümpell wspomina również, że zapalenia górnego płatu płuca prawego wywołać mogą objawy otrzewne i brzuszne, i nieraz rozpoznawano wtedy dur lub nawet zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia jelita, bo wystąpić może przytem także napięcie powłok (wskutek podrażnienia przepony), wymioty, silne bole brzucha i leukocytoza. Jaka tego jest przyczyna, niewiadomo, może chodzi tu o podrażnienie otrzewnej toksynami.

A.

Dwie nowe próby przy chorobach trzustki. (*Med. Klinik* 1909, Nr 5, *Zentr. f. inn. Med.* Nr 2). 1. Cammidge podał próbę, która ma być charakterystyczną dla cierpień trzustki. Wykonuje się ją w następujący sposób: Mocz uwalnia się najpierw od białka i cukru i 20 cm³ gotuje się przez 10 minut, najlepiej w kąpieli piaskowej, z 1 cm³ kwasu solnego, poczem ochładza się i dopełnia wodą przekroploną znowu do 20 cm. Celem zobojętnienia kwasu solnego dodaje się potem zwolna 4 g. węglanu ołowiowego i po pewnym czasie przesącza się i przesącz wstrząsa z 4 gm. *plumb. acet. tribas.*, znowu filtruje, ołów strąca się siarkowodorem i znowu przesącza. 10 cm³ przesączu rozcieńcza się 8 cm³ wody przekroplonej i po dodaniu 0,8 *phenyhyldrazin. hydrochlor.*, 2 gm. *natr. acet.* i 1 cm³ 50% kwasu octowego zwolna gotuje się 10 minut. Odczyn jest dodatni, jeżeli w przeciągu 24 godzin wydzielą się drobnowidowo widzialne, żółte, w miotełki ułożone kryształki. Maass przeprowadził kontrolę tej próby na przypadkach, badanych potem sekcyjnie i drobnowidowo. Z 20 prób odczyn wypadł w 14 dodatnio, w 6 ujemnie. Z tych 20 15 odpowiadało pośmiertnemu badaniu drobnowidowemu trzustki, tak że w 75% próba ta odpowiadała schorzeniu trzustki. Natomiast ujemny wynik próby nie wyłącza wcale schorzenia trzustki. Dodatni wynik próby czasem wydarza się i przy braku wykazalnych zmian w trzustce, bądź co bądź odczyn ten jest jednak bardzo cenny. II. Loewi wykazał, że bardzo często u chorych na cukrzycę zakroplenie adrenaliny do spojówki wywołuje rozszerzenie źrenicy, natomiast u ludzi zdrowych to nie następuje. Różnica ta polega w cukrzycy na odpadnięciu podrażnień włókien hamujących nerwu współczulnego, biorących początek z trzustki. Bittorf z Wrocławia przeprowadził badania tej próby, doszedł jednak do wyniku, że próba ta wcale pewną nie jest.

A.

Keuthe: **Przypadek zaniku trzustki** (*Berlin. klin. Wochschft* 1909, Nr 2). K. opisuje przypadek zaniku trzustki, rozpoznany za życia na podstawie metodycznego badania czynności narządów trawienia. Odczyn Cammidgea wypadł w tym przypadku dodatnio.

W. Kluger.

Rolly. **Odczyn Wassermanna w przebiegu kiły, oraz innych chorób zakaźnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 2). Z badań autora wynika, że jedynie w przebiegu kiły, oraz t. zw. chorób metakiłowych ma ten odczyn istotnie wielkie znaczenie. W przebiegu innych chorób zakaźnych (dur, gruźlica), spuszczać się na odczyn ten nie można, a nawet da się stwierdzić, że dawne metody go przewyższają.

Dr M. Godlewski.

Obstein Ludwig. **Doświadczenia nad działaniem medinalu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 3). Autor zachwala bardzo ten środek nasenny, który łatwiej rozpuszcza się w wodzie, niż pokrewny mu weronal, działa też skutkiem tego prędzej i może być też stosowany w lawatywach. Dawka, jak weronalu (około 0,5 grm). Medinal oddaje też dobre usługi w napadach dychawicy (*asthma*) i dusznicy (*stenocardia*).

Dr M. Godlewski

Maignon. **Rola tłuszczu w cukrzycy. Leczenie cukrzycy dyetą tłuszczową.** (*Journ. de phys. et path. gén.* 1908, Nr 5). Autor z początku badał doświadczalnie, jaką rolę grają tłuszcze w powstawaniu glikogenu. Badania swe przeprowadził na zdrowych psach, którym po 3—4-dniowym poście podawał tłuszcz (słoninę, oliwę). W 20 godzin po podaniu tłuszczu badał zawartość glikogenu w mięśniach i wątrobie, równolegle zaś badał zawartość glikogenu w mięśniach i wątrobie po 3-dniowym poście. Z badań tych wynika, że przy poście w ciągu 3, a nawet 2 dni glikogen bardzo szybko znika z wątroby i mięśni, a pod wpływem podawania tłuszczu ilość jego albo nie powiększa się wcale, albo w bardzo nieznacznym stopniu. Natomiast przy podawaniu mięsa ilość jego nadzwyczaj szybko wzrasta.

Następne badania, wykonane na psie, chorym na cukrzycę, dowiodły, że chociaż dyeta mięsna, jakoteż głód zmniejszają znacznie ilość cukru w moczu, jednakowoż dopiero dyeta tłuszczowa wiedzie do prawie zupełnego zniknięcia cukru z moczu. Autor tłómaczy to w taki sposób: Zwierzę, chore na cukrzycę, traci zdolność do spalania cukru, i do przechowywania go w postaci glikogenu. Białko i węglowodany przetwarzają się w ustroju w cukier, który w chorym ustroju musi być wydalony z moczem. Tłuszcze zaś nie przetwarzają się w węglowodany, a potem w cukier, i spalają się jako takie. Dlatego przy dyecie tłuszczowej ilość cukru w moczu musi szybko spadać. Jednocześnie tłuszcz, spalając się, oszczędza białka, a zatem i ilość azotu w moczu również spada.

Kierując się tymi wynikami w leczeniu chorych na cukrzycę stwierdził autor wspólnie z Arloingem dobroczynny wpływ dyety tłuszczowej u 30 chorych z kliniki Prof. Teissiera. Autor zaznacza, że leczenie takie dawało dobre wyniki w najrozmaitszych postaciach cukrzycy. Dyeta tłuszczowa miała tutaj nietylko zmniejszać ilość cukru, ale nawet wywierać prawdziwy wpływ leczniczy. Innemi słowy w chorym ustroju pojawiała się zdolność do przyswajania w pewnym stopniu węglowodanów, zdolność, którą ustrój był stracił, gdy wydalał wielkie ilości cukru. Można przypuszczać, że nagromadzenie się we krwi i w tkankach cukru upośledza czynność spalania glukozy. Pogląd ten potwierdza, jak się zdaje, spostrzeżenie, że po zniknięciu z moczu cukru można pomału zmniejszać ilość podawanych tłuszczów i stosować dyetę, obfitszą cokolwiek w węglowodany, a mimoto cukier w moczu ponownie się nie pojawi.

Dr L. Mańkowski.

Pedyatrya.

Castel. **Grasica u chorych na krzywicę.** (*Comp. rend. de la soc. de Biol.* 1908, Nr 38). Autor zbadał 27 grasic ze zwłok dzieci w wieku do 3 lat. W tej liczbie było 13 chorych na krzywicę. U dzieci, które nie były dotknięte krzywicą, ważył gruczoł średnio 4,50 i tylko u jednego więcej, niż 8,00; ten gruczoł przerosły pochodził z 3-letniego dziecka, które zmarło na paciorkowcowe zapalenie gardła. U dotkniętych krzywicą ważyła grasica powyżej 8,00 w 8 przypadkach, średnio 9,42. Autor uważa krzywicę za przyczynę takiego powiększenia gruczołu. Powiększenie gruczołu powstaje wskutek przerostu miąższu; przytem stwierdza się w miąższu wielką ilość myelocytów i ciałek Hassala, a ani śladu zmian włóknistych, które zwykle można znaleść w grasicy u dzieci krzywicą nie dotkniętych.

Dr L. Mańkowski.

Zajcew i Szwejcer. **W sprawie kąpieli noworodków.** (*Medicinskoje Obozrenie* 1909, Nr 1). Czy należy kąpać noworodki, czy nie? Jest to pytanie, które dotychczas jeszcze wywołuje spory. Żeby wyjaśnić wpływ kąpieli, podzielili autorowie noworodki przytułku położniczego im. Lepiechina w Moskwie między siebie w taki sposób, że jeden z autorów na swej sali stale kąpał noworodki, drugi zaś nie. Zresztą wszystkie inne warunki były zupełnie jednakowe. Autorowie codziennie oznaczali ciepłotę, ciężar ciała, stan błon śluzowych oka, jamy ustnej, stan skóry, pępowiny i jakość stolców. U dzieci, które były kąpane, mierzono ciepłotę przed i po kąpieli; nie kąpanym przed i po zmianie opatrunku pępka. Ponieważ przeciwnicy kąpieli twierdzą, że 1) odpadnięcie pępowiny następuje później u dzieci kąpanych, 2) zwilżanie pępowiny opóźnia jej zasychanie, 3) kąpiel stwarza warunki sprzyjające zakażeniu pępka, 4) dzieci kąpane tracą więcej na wadze i częściej gorączkują, 5) ciepłota w czasie kąpieli znacznie spada, 6) kąpiel odbija się na stanie skóry dziecka, więc autorowie prowadzili swe badania przeważnie w celu sprawdzenia prawdziwości tych poglądów.

Wszystkich spostrzeżeń zebrano 183. W tej liczbie 81 dzieci kąpano, 102 zaś nie. Autorowie zestawiają swoje spostrzeżenia ze spostrzeżeniami innych autorów i dochodzą do następujących wniosków. 1) Pępowina przy codziennem kąpaniu dziecka odpada cokolwiek prędzej (u dzieci kąpanych pępowina odpada do 6-go dnia w 63%, a u niekąpanych w 53%). 2) Przybywanie i spadek ciężaru ciała noworodka nie zależy od kąpieli, ale od innych przyczyn (ilości mleka i stanu zdrowia matki). 3) Ropienie pępka powstaje przedewszystkiem wskutek niezachowania prawideł aseptyki przy opatrunku. 4) Gorączkowanie u noworodków stoi w ścisłym związku z zaburzeniami przewodu pokarmowego, ropieniem pępka i t. p., ale nie z kąpielą. 5) Ciepłota ciała spada u noworodka w kąpieli o 0,6 do 1,0°, a przy przewijaniu o 0,2—0,6°. 6) Stan skóry nie jest w zależności od kąpieli. 7) Stosowanie lub niestosowanie kąpieli niema żadnego szczególnego wpływu na rozwój noworodka.

Dr L. Mańkowski.

S. Kramsztyk: **O obecności trypsyny w żołądku niemowląt** (*Przegląd pedyatryczny*, T. I., Z. 3). K. badał sok żołądkowy 16 niemowląt co do obecności trypsyny, podając im na czczo 100,0 herbaty, a po pół godzinie 2 łyżeczki tranu. Badania wykonywał według metody Grossa, zmodyfikowanej przez Fuldę, opartej na trawieniu sernika przez trypsynę w rozczynie zasadowym. Z badań tych wynikło, że trypsyna bywa obecną w soku żołądkowym u niemowląt tylko bardzo rzadko. Jeżeliby się to potwierdziło przez dalsze badania, to okoliczność ta rzucałaby pewne światło na gorsze trawienie tłuszczu u niemowląt.

J. B.

A. Tomaszewski: **Przyczynek do rozpoznawania i leczenia nowotworów pęcherza u dzieci** (*Przegląd pedyatryczny*, T. 1, Z. 3). Nowotwory pęcherza u dzieci należą do bardzo wielkich rzadkości. Z literatury zebrał autor tylko 81 takich przypadków, do których dodaje 2 własne. W pierwszym przypadku, u chłopca 4-letniego, trwały objawy przed przyjęciem do szpitala 4 tygodnie. Przy przyjęciu do szpitala stwierdzono mimowolne odchodzenie moczu, a w 6. dniu pobytu w szpitalu znaleziono w moczu nabłonki pęcherzowe i miedniczek nerkowych, liczne krwinki czerwone i białe. Wykonano operacyę zapomocą cięcia nadłonowego; na przedniej ścianie pęcherza znaleziono guz kalafiorowaty, mikroskopowo włókniakośluzakomięsak. Śmierć w tydzień po operacyi. W drugim przypadku 3-letniego chłopca operowano z powodu mięsaka. Rokowanie nowotworów pęcherza u dzieci jest wogóle niepomyślne, gdyż prawie zawsze chodzi o nowotwory złośliwe. Z 83 dotychczas opisanych przypadków (wliczając oba przypadki autora), operowano 38. Z tych tylko w 4 uzyskano wynik pomyślny. Wszystkie inne przypadki operowane, jak również wszystkie nieoperowane skończyły się śmiercią.

J. B.

A. Tereszkowicz: **O leczeniu przepuklin pachwinowych u dzieci** (*Przegląd pedyatryczny*, T. I., Z. 3). T. zdaje sprawę z 40 przypadków przepuklin pachwinowych u dzieci, które operowano w szpitalu Anny Maryi w Łodzi. 61% tych dzieci liczyło mniej niż 6 lat, w 70% przypadków operowanych nie było żadnych powikłań. Ciepłota była po operacyi prawidłowa w 54% przypadków, 37,5 do 38,5 w 25%, wyższa w 20%. Śmiertelność 5%. W 42% użyto metody Bassiniego, w 40% Kochera, w 15% Czernyego, w 2,5% Mac Ewena. Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) operacya przepuklin pachwinowych u dzieci nie jest niebezpieczna; 2) młody wiek dzieci nie jest przeciwwskazaniem do operacyi; 3) rozmaite metody operacyjne mają wartość jednakową, a wybór metody zależy od chirurga i okoliczności danego przypadku; 4) u dzieci z tych sfer, w których nie można liczyć na inteligentną i troskliwą opiekę, leczenie zachowawcze zupełnie zawodzi; w takich przypadkach lepiej jest jak najwcześniej przystąpić do operacyi.

J. B.

Engel. **W sprawie wydzielania soku żołądkowego u niemowląt.** (*Archiv für Kinderheilkunde.* Tom 49, zeszyt 1 i 2, 1908).

Do obecnej chwili nie mamy dokładnego rozbioru czystego soku żołądkowego niemowląt. Engel badał sok żołądkowy u 4-tygodniowego dziecka, któremu, wskutek kurczu odźwiernika, w celu karmienia założono przetokę w jelicie czczem. Mimo zupełnego wyłączenia żołądka z trawienia wymioty nie ustąpiły. Badanie wymiocin wykazało obecność pepsyny, kwasu solnego i t. d. W ciągu 3 tygodni (aż do śmierci dziecka) autor badał systematycznie ten czysty sok żołądkowy, otrzymując go zapomocą zgłębnikowania.

Przy każdorazowem zgłębnikowaniu, niezależnie od tego, czy ono było wykonane przed, czy po karmieniu, czy też w przerwie między 2 posiłkami, lub po kilkakrotnych wymiotach, zawsze można było otrzymać 20—30 cm³ czystego soku żołądkowego. Wymioty występowały często do 10 razy dziennie, wobec czego należy przypuszczać, że żołądek w ciągu 24 godzin wydzielał 100—200 cm³ soku.

Badanie jakościowe soku żołądkowego niemowlęcia wykazało obecność w nim wszystkich tych składników, jakie spotykamy w soku żołądkowym dorosłych, przedewszystkiem kwasu solnego, pepsyny i podpuszczki. Obecności lipazy autor nie stwierdził. Pod względem ilościowym również sok żołądkowy 4-tygodniowego dziecka, (dane ugrupowane w tablicach), niczem nie różni się od soku żołądkowego starszych dzieci i dorosłych. Co się tyczy ilości kwasu solnego, to Engel otrzymał nieco mniejsze liczby (0,256%), niż Bogen i Sommerfeld przy badaniu soku żołądkowego starszych dzieci. Fakt ten da się objaśnić brakiem prawidłowych podniet ze strony jamy ustnej, — żucia. W każdym razie wyniki autora świadczą o braku nadkwaśności przy kurczu odźwiernika.

Wobec choroby dziecka i wobec braku prawidłowych podniet do wydzielania soku żołądkowego pozostaje nierozstrzygniętem pytanie, czy Engel miał w ręku sok prawidłowy, czy też chorobowo zmieniony. Pytanie to mogą rozstrzygnąć dalsze porównawcze badania soku żołądkowego u niemowląt.

Wł. Schoenaich.

Monti. **O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą pneumokokową Römera.** (*Arch. f. Kinderheilkunde.* Tom 49, zeszyt 1 i 2, 1908.

Na zasadzie 12 przypadków, leczonych surowicą Römera, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) We wszystkich przypadkach pod wpływem surowicy następował spadek ciepłoty, a mianowicie w 3 przypadkach w drugim dniu leczenia, w 6 przypadkach w trzecim dniu, w 3 przypadkach — w czwartym dniu. 2) We wszystkich przypadkach wystąpiło po wstrzyknięciu surowicy polepszenie ogólnego stanu i duszności. 3) Surowica pneumokokowa wywiera wpływ na przebieg ciepłoty. Przy niedostatecznej w stosunku do ciężkości przypadku dawce pierwsze wstrzyknięcie może pozostać bez żadnego wpływu i dopiero następne wstrzyknięcia wywołują spadek ciepłoty. 4) Surowica wpływa na przebieg sprawy zapalnej w płucach tylko przy odpowiedniej dawce. W przypadkach autora daje się stwierdzić pewien wpływ na miejscową sprawę w płucach dopiero po kilku (2—4) wstrzyknięciach surowicy po 10 cm. Prawdopodobnie wstrzyknięcie jednorazowe surowicy, lub kilkakrotne w ciągu 12 godzin wstrzyknięcie mniejszych dawek mogłoby mieć szybsze i pewniejsze działanie na sprawę zapalną w płucach.

Wł. Schoenaich.

Higiena.

Hanuš i Stekl. **Liczba estrów etylowych, nowa liczba stała, pożyteczna przy stwierdzaniu tłuszczu kokosowego.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- und Genussmittel* 1908, Tom 15). Liczba estrów etylowych określa liczbę cm³ $^{1}/_{10}$ normalnego ługu sodowego, potrzebnych dla zmydlenia zawartych w 100 cm³ destylatu wodnego, uzyskanego z pięciu gramów tłuszczu. Ze wszystkich badanych tłuszczów i olejów tłuszcz kokosowy posiada liczbę tę największą, powyżej 40; najwięcej do niego zbliża się tłuszcz z pestek palmy olejnej (25), poczem masło (7—14), natomiast inne tłuszcze i oleje dają li-

czbę poniżej 3. Liczba ta przeto nadaje się bardzo dobrze do stwierdzenia obecności tłuszczu kokosowego w rozmaitych surogatach masła i mieszaninach tłuszczów i olejów z tymże tłuszczem. Szczególnie dobre usługi oddaje wspomniana liczba przy badaniu smalcu świńskiego, masła kakaowego i margaryny co do zawartości tłuszczu kokosowego. Mniej zaś nadaje się ona przy badaniu masła krowiego, którego liczba estrów etylowych waha się w takich granicach, że na jej podstawie dopiero przy zawartości 15% tłuszczu kokosowego można napewno stwierdzić jego obecność. Na liczbę estrów etylowych w tłuszczu kokosowym i maśle krowiem wpływają estry kwasów kaprylowego, kaprynowego i laurynowego, a różnicę wywołuje różnica ilościowa tych estrów. Metoda powyższa polega głównie na zawartości kwasu laurynowego w obu rodzajach tłuszczu.

R. K. Dons. **Masło owcze i kozie.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- und Genussmittel* 1908, Tom 15). W Islandyi dodają do mleka krowiego przy wyrobie zeń masła, mleka owiec w ilości dosyć znacznej, nieraz do 50%, co jednak nie upośledza jakości masła. Wynik rozbioru tego rodzaju masła daje liczby, które nadawać mogą pozór, jakoby masło to zawierało mały dodatek tłuszczu kokosowego. Podobne wyniki daje masło, zrobione z mleka krowiego z dodatkiem mleka koziego.

E. Feder. **Wykrycie wody utlenionej w mleku.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- und Genussmittel* 1908, Tom 15). Mleko w ilości 5 cm^3 zaprawione równą ilością kwasu solnego (c. g. 1,19) i jedną kroplą formaliny rozcieńczonej, pozostawione przez kilka minut na kąpieli wodnej przy 60° C., daje w razie obecności 0,1% H_2O_2 szybko zabarwienie niebieskawo-fioletowe, wyraźne jeszcze przy 0,006%, słabe przy 0,003%; mleko normalne w tych warunkach zabarwia się powoli na żółto. Przy ciepłocie zwykłej zawartość wody utlenionej w mleku maleje szybko. Dodatek 0,035% można po kilku godzinach zaledwie wykazać, 0,075% H_2O_2 jeszcze po 24 godzinach, wykrycie późniejsze jest niepewne; przy zawartości 0,15% odczyn barwny pojawia się jeszcze po 72 godzinach. Kwas azotowy daje ten sam odczyn, potrzeba go w mleku dla jego wywołania na 100 cm. mleka 0,5 mg. W mleku, zaprawionem wodą, należy przeto celem uniknięcia pomyłek badać N_2O_3 jeszcze innemi metodami. Kwas azotowy dopiero przy gotowaniu powyższej mieszaniny daje zabarwienie brudno-fioletowe.

A. Beitter. **Enrillo, nowy produkt zastępczy kawy.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- und Genussmittel* 1908, Tom 15). Enrilo, produkt fabryki H. Franka i Synów, proszkowy, grubo mielony i prażony, mikroskopowo przedstawia budowę ziarn zbożowych i korzenia cykoryi. Zapach odwaru ciemnobrunatnego aromatyczny, podobny do zapachu kawy, smak korzenny, gorzkawy, przyjemny zwłaszcza po dodaniu mleka. Przy należytem przyrządzeniu otrzymuje się z 100 gr. tego surogatu ekstraktu 67,83%, azotu 0,44%, wyciągu eterowego 0,90%, cukru 18,92%, innych ciał wyciągowych nieazotowych 42,66%, ciał mineralnych 2,61% kwasu fosforowego 0,43%. *L. Bier.*

Pickenbach: **Wpływ sportu jazdy konnej na ustrój ludzki** (*Med. Klinik.* 1909 Nr 9). Jazdę konną uważa P. za jeden z najzdrowszych sportów. Ćwiczą się przytem czynnie i biernie niemal wszystkie mięśnie. Jazda kłusem przez wstrząśnienia na siodle działa bardzo korzystnie, jako miesienie narządów brzusznych. Jazda galopem wywołuje znowu bardzo korzystny nastrój psychiczny, co daje się spostrzegać np. u osób nerwowych. Przy jeździe konnej działają energicznie serce i płuca. P. poleca jazdę konną osobom nerwowym, zwłaszcza neurastenikom, dalej przy zastoinach w jamie brzusznej, zaparciach stolca, u osób niedokrwistych, bledniczych, przy lekkiej rozedmie płuc, cukrzycy i nieznacznych nieżytach szczytów płuc. Przeciwwskazana jest jazda konna przy wadach serca, sprawach wrzodziejących i zapalnych kończyn, krocza i podbrzusza, części rodnych, nerek i t. p. Jazda konna działa bezwarunkowo bardzo korzystnie, nie mówiąc już o tem, że nie szkodzi wprost ustrojowi, jak np. coraz więcej wchodzący w modę sport automobilowy. *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 3. marca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 80.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) W dopełnieniu dyskusyi z poprzedniego posiedzenia **w sprawie gruczołów przytarczyczych** przemawia Prof. Browicz.

2) Prof. Lewkowicz przedstawia przypadek **tężyczki dziecięcej** (spazmofilii) obok bardzo wybitnych objawów krzywicy u dziecka 14-miesięcznego. Dziecko karmione było od urodzenia sztucznie mlekiem do połowy rozcieńczonem, prócz tego dostawało w ostatnich czasach bułkę. Przed miesiącem dostało dziecko pierwszych objawów tężyczki jawnej w postaci drgawek, na klinikę zaś przyniesiono je na dzień przed demonstracyą z kurczami stałymi piąstkowostopowymi. Objaw twarzowy Chvostka był niewyraźny, objaw Erba (podniesienie pobudliwości na prąd stały) bardzo wybitny, gdyż skurcz przy otwarciu katody występował (*n. medianus*) przy 1·5 MA. Podano na razie mleko pełne, aby nie zmieniać warunków obserwacyi i postanowiono później przejść do leczenia dyetetycznego, wskazanego w spazmofilii, t. j. podawać pokarmy skrobiowe początkowo z wyłączeniem mleka, później ze stopniowem bardzo ostrożnem wprowadzeniem mleka.

Następnego dnia rano kurcze stałe zwolniały, o godzinie 12½ pojawiły się jednak ogólne drgawki, zajmujące znacznie silniej prawą połowę ciała, niż lewą. Gdy drgawki się przedłużały, zastosowano naprzód 0·5 chloralu w lawatywie, a o godz. 5 0·3 bromku sodowego wewnętrznie zapomocą zgłębnika, drgawki jednak i w chwili demonstracyi jeszcze trwają, ograniczają się jednak głównie do ruchów gałek ocznych. Ciepłota ciała podniosła się wśród drgawek z 38° na 40° C.

Kol. Lewkowicz przypomina następnie zapatrywanie szkoły pedyatrycznej wiedeńskiej na związek tężyczki dziecięcej ze zmianami gruczołów przytarczycznych i wybitny wpływ, jaki dyeta przeważnie wywiera na objawy tężyczkowe. (Streszczenie własne).

Kol. Rydel w przedstawionym przypadku przypuszcza ognisko specyalnie po jednej stronie usadowione.

Kol. Lewkowicz (w odpowiedzi kol. Rydlowi) zaznacza, że w każdym przypadku drgawek dziecięcych trzeba rozważyć możliwość tła anatomicznego. W danym przypadku objawy pozornie ogniskowe należy uważać za czynnościowe i prawdopodobnie przelotne, zależne od napadu drgawkowego, spostrzeganego bezpośrednio przed demonstracyą, częściowo nawet podczas demonstracyi jeszcze trwającego.

3) Prof. Jaworski w krótkich słowach zaznacza, iż postanowił najnowsze metody naukowe wprowadzać na swej klinice i te ogółowi lekarzy, o ile możności, uczynić dostępnemi. Jako jedną z takich przedstawia dziś wraz z Doc. Nitschem i Drem Łapińskim **metodę Wassermanna.**

4) Kol. Nitsch wygłosił wykład: **O odczynie Wassermanna.**

Odczyn Wassermanna wykonuje się przez zmieszanie surowicy badanej z wyciągiem wyskokowym lub wodnym z wątroby płodu kiłowego. W wyciągu z wątroby przypuszcza się obecność t. zw. antigenu, t. j. ciała, które działając na ustrój ludzki lub zwierzęcy wywołuje w nim powstanie jakiejś substancyi, łączącej się chciwie z antigenem. Antigen można po polsku nazwać najogólniej »substancyą wywołującą«, a ciało w ustroju przez niego wywołane »substancyą wywołaną«.

Do tej mieszaniny surowicy badanej + substancya wywołująca, dodaje się »układ hemolityczny« (t. j. krwinki czerwone barana + ogrzana do 56° surowica królika uodpornionego przeciw tym krwinkom czyli t. zw. »amboceptor« + świeża surowica nieogrzana ze świnki morskiej czyli »dopełniacz« *) zwany przez Niemców »komplementem« a przez Francuzów »aleksyną«), wstawia się wszystko razem do cieplarki i obserwuje, czy krwinki ulegną hemolizie, czy nie. Do rozpuszczenia krwinek konieczną jest obecność amboceptora i wolnego dopełniacza. Jeżeli zaś substancya wywołująca połączy się z wywołaną, to to połączenie chciwie pochłania dopełniacz, który posiada silniejsze powino-

*) Używam tu nazwy »dopełniacz« zaproponowanej przez Eisenberga dla oznaczenia „komplementu" czyli „aleksyny". Nazwa ta odpowiada najlepiej, jak mnie się zdaje, istocie tego ciała. Słownik lek. polski nie podaje żadnej polskiej nazwy dla oznaczenia „komplementu". Nazwy „substancya wywołująca i wywołana" wybraliśmy po naradzie z Prof. Jaworskim. Słownik lek. polski słowa „antigen" nie zawiera, a „substancyę wywołaną" czyli „Antikörper" nazywa „niweczników", co byłoby doskonałą nazwą, ale tylko dla pewnej kategoryi „substancyi wywołanych". Nazwy „wywoływacz" i „odczynnik", zaproponowane przez Eisenberga, wydały się nam mniej szczęśliwe, niż „substancya wywołująca" i „wywołana" z powodów, o których tu brak miejsca się rozwodzić.

wactwo do połączenia substancyi wywołującej z wywołaną, aniżeli do połączenia krwinek czerwonych z amboceptorem. Jeżeli więc krwinki czerwone się nie rozpuszczą, to znaczy, że w naszej mieszaninie brakło wolnego dopełniacza, czyli, że badana surowica była kiłową, albowiem w niej znajdowała się widocznie substancya wywołana, która połączywszy się ze substancyą wywołującą z wyciągu z wątroby kiłowej, pochłonęła dopełniacz. Jeżeli zaś krwinki czerwone ulegną hemolizie, to znaczy, że w mieszaninie powyższej dopełniacz był wolny, a więc, że w surowicy badanej brak substancyi wywołanej, co świadczy albo o braku kiły, albo też o tem, że pomimo zakażenia ustroju kiłą substancya wywołana nie utworzyła się. Stąd też odczyn Wassermanna daje rozpoznanie pewne tylko w razie dodatniego wyniku, t. j. w razie braku hemolizy, i świadczy wtedy o kile w ustroju. W razie ujemnego wyniku odczynu kiła nie jest wyłączona.

Dalsze badania wykazały, że nietylko wyciągi z kiłowych narządów użyć się dadzą jako »substancya wywołująca« do odczynu W., ale też i wyciągi ze zdrowych narządów ludzkich lub zwierzęcych (wątroba, śledziona, mózg, serce), a nawet rozczyny wielu ciał chemicznie dokładnie znanych, a zwłaszcza lipoidów (lecytyny). Zachwiały się wskutek tego teoretyczne podstawy odczynu i podniosły się poważne wątpliwości co do jego znaczenia i wartości. Jeżeli bowiem rozczyn lecytyny dawał z surowicą kiłową takie samo zahamowanie hemolizy, jak i wyciąg z kiłowej wątroby, to fakt ten wyglądał bardzo podejrzanie i podawał w wątpliwośc wartość odczynu. Ale bardzo liczne badania wykazały, że odczyn z rozczynem lecytyny lub z wyciągami ze zdrowych narządów jest tak samo swoisty dla kiły, jak i odczyn z wyciągiem z narządów kiłowych, t. zn. że powstaje tylko z surowicami kiłowemi, a nigdy (?) ze zdrowemi. Obecnie tedy tłómaczą to zjawisko teoretycznie w ten sposób (Citron, Wassermann), że jad kiłowy, dostawszy się do ustroju ludzkiego, łączy się z lecytyną i wytwarza połączenie, które możnaby nazwać »lecytydem jadu kiłowego«, a to połączenie jest typową »substancyą wywołującą«, która w ustroju człowieka zakażonego wywołuje powstanie »substancyi wywołanej«. Sama lecytyna substancyą wywołującą nie jest. Istnieją też w nauce o odporności analogie, które to przypuszczenie czynią prawdopodobnem. Dowiedziono mianowicie (Kyes), że niektóre jady wężów mają wybitne powinowactwo do lecytyny i tworzą z nią połączenia (n. p. »Cobralecitid«), które są typowemi substancyami wywołującemi. W ten sposób tłómaczyłoby się bez trudności to zjawisko, że i zdrowe narządy dają odczyn swoisty z surowicą kiłową, bo »substancya wywołana« w surowicy kiłowej może mieć powinowactwo do lecytyny, gdziekolwiek ona się znajduje, skoro ta »wywołana substancya« powstała skutkiem działania »lecytydu jadu kiłowego«.

Wobec wielkiego skomplikowania odczynu Wassermanna starał się go Bauer uprościć i uczynił to na tej podstawie, że w surowicy ludzkiej znajduje się już »amboceptor« dla krwi baraniej. Nie potrzeba zatem dodawać surowicy króliczej, zawierającej ten amboceptor, co znacznie ułatwia metodę. Postępuje się według Bauera w ten sposób, że do mieszaniny badanej surowicy i substancyi wywołującej dodaje się świeżego dopełniacza i krwinek czerwonych barana. Jeżeli surowica badana jest kiłową, to te krwinki się nie rozpuszczą. Jako kontroli używa B. tylko zdrowej surowicy i całą próbę wykonuje w 4 rurkach i bez poprzedniego miareczkowania połączenia amboceptora z dopełniaczem. Natomiast do wykonania próby Wassermanna z jedną surowicą potrzeba około 10 rurek i potrzeba wymiareczkować poprzednio połączenie amboceptora z dopełniaczem.

Porges i Meier na podstawie teoretycznych rozważań i w chęci uproszczenia metody W. podali inną próbę, którą tak wykonują: Do 1% zawiesiny lecytyny w fizyologicznym rozczynie Na Cl i 1/2% karbolu dodają surowicy badanej. Jeśli ona jest kiłową, to po 1/2—24 godzin występuje strąt i mniej lub więcej znaczne wyjaśnienie mlecznej zawiesiny lecytyny. Surowica ludzi chorych na niektóre inne choroby daje także ten odczyn, mimo to jednak ma on pewną wartość dla rozpoznania kiły. Zamiast zawiesiny lecytyny polecają też używać glikocholanu sodowego.

Klausner wykrył, że dodając do wody przekroplonej świeżej surowicy kiłowej otrzymuje się zmącenie, a czasem nawet strąt, pochodzący prawdopodobnie od globuliny. Surowica ludzi chorych na inne choroby daje także często ten odczyn. (Własne streszczenie).

Prof. Klecki i kol. Eisenberg roztrząsają niektóre nazwy polskie.

5) Następnie wygłosił wykład o tej samej metodzie Prof. Jaworski.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VII. Posiedzenie naukowe z d. 5. marca 1909.

Przewodniczący Prof. Rencki składa życzenia kol. Prof. Gluzińskiemu i Prof. Marsowi, którzy zostali zamianowani członkami honorowymi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Kol. Prof. Kucera wygłasza odczyt: **Pogląd na fakta i teorye w nauce o odporności**. Prelegent przedstawia historyę poglądów na odporność, zaczynając od czasów, które poprzedziły Pasteura. Następnie rozwija zapatrywania i wyniki badań Pasteura, Miecznikowa, Buchnera i innych badaczy, którzy teorye poprzednich poparli lub też odrzucili. Przechodzi dalej do teoryi bocznych łańcuchów Ehrlicha, wyjaśniając ją licznemi tablicami oraz »in vitro«, rozpatruje ją krytycznie i podkreśla jej strony ujemne, przyczem posługuje się wynikami badań Miecznikowa, Buchnera, Ehrlicha, Morgenrotha i Bordeta. W końcu zaznacza, że teorya Miecznikowa, przyznająca ciałkom białym najważniejsze znaczenie, obecnie znowu coraz więcej znajduje poparcia. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dnia 3. lutego 1909.

(Dokończenie).

Kijewski Franciszek wypowiedział rzecz p. t.: **O torbielach trzustki.**

Prelegent przytacza trzy własne spostrzeżenia torbieli trzustki — dwa pochodzenia urazowego, a jedno raka torbielowatego (*cysto-carcinoma pancreatis*). Z tworów torbielowatych pochodzenia urazowego jeden rozwinął się w ogonie gruczołu, a drugi w torbie sieciowej (*bursa omentalis*). Leczenie operacyjne dało w tych dwóch przypadkach wynik bardzo dobry. Chora zaś z rakiem torbielowym trzustki zmarła przy objawach znacznego charłactwa. K. przypomina podział torbieli trzustki, podany przez Körtego, a później przez Lazarusa i szczegółowo rozpatruje przyczyny powstawania tych tworów; w szeregu przyczyn nader pokaźne miejsce zajmuje uraz.

W pierwszym okresie cierpienia, a niekiedy bezpośrednio po urazie, występują silne bole w górnej części brzucha, wymioty, wzdęcia jelit, słowem — wszystko, co może nasuwać przypuszczenie niedrożności przewodu pokarmowego. Objawy te występują napadowo; po pewnym czasie tworzy się guz. Dla lepszego zrozumienia, jaka jest siedziba torbieli, K. przypomina anatomię i topografię trzustki, miejsca, w których nastąpić może rozwój guza. Przemówienie swoje objaśnia prelegent odpowiednimi rysunkami, co znakomicie ułatwia wytłómaczenie stosunku powstałego guza do żołądka, poprzecznej części okrężnicy, wątroby i innych narządów. Po określeniu siedziby torbieli przechodzi prelegent do jej treści i kładzie szczególny nacisk ną tę okoliczność, aby nie wykonywać przekłuć w celach rozpoznawczych, gdyż przekłucia te często bardzo nie wyjaśniają sprawy, a chorego mogą narazić na poważne niebezpieczeństwo. Bole napadowe, obecność guza w pewnych miejscach, stosunek jego do narządów sąsiednich, swoiste cechy jego, szybkie chudnięcie chorego, niekiedy żółtaczka i zmiany w moczu i kale pozwalają na ustalenie rozpoznania, które nie należy do łatwych zadań i które w wielu przypadkach było błędne.

Leczenie racyonalne torbieli trzustki może być tylko chirurgiczne, chociaż znane są niezbyt liczne przypadki samoistnego wyleczenia — przez pęknięcie torbieli i opróżnienie treści do jelit. Istnieją dwie metody operowania: wszycie ściany torbieli w ranę brzucha i następnie otwarcie torbieli (jedno- lub dwuczasowe), oraz wyłuszczenie. Prelegent omawia wszystkie trudności wymienionych zabiegów i przytacza wyniki 200 z górą operacyi. Jako o następstwie operacyi wspomina K. o przetokach, które niekiedy trwają bardzo długo, nawet lat kilka i wymagają rozmaitych zabiegów.

W zakończeniu omawia K. możność powstawania nawrotu cierpienia. Mniej obawy o nawrót przedstawiać może wyłuszczenie torebki, lecz nie zawsze może być ono wykonane z powodu zrostów nadmiernych z częściami otaczającemi.

W dyskusyi zaznacza Prof. Kryński, że w sprawie omawianej przez prelegenta trudno powiedzieć coś nowego po

szeregu prac z ostatniego dziesiątka lat, wyświetlających dostatecznie ten przedmiot. Dość wspomnieć o monografii Koertego, referacie Robsona, wreszcie o pracach polskich Hermana i Jasińskiego z kliniki Rydygiera. Z trzech przypadków prelegenta w 2 stwierdzono jako przyczynę uraz brzucha. Nasuwa się wątpliwość, czy w przypadkach tych były istotnie torbiele prawdziwe, czy też były to torbiele wrzekome, powstałe wskutek wylewu krwi do rozdartego miąższu gruczołu lub też pod otoczkę surowiczą przedniej jego powierzchni. Wyjaśnić tę sprawę mogłoby jedynie badanie drobnowidowe ściany torbieli. Przekłucia próbne przez powłoki brzuszne, stosowane w celu rozpoznawczym, mowca, zgodnie ze zdaniem prelegenta, stanowczo potępia, zarówno w torbielach trzustki, jak w przypadkach innych guzów jamy brzusznej, ze względu na poważne niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej. Co się tyczy strony operacyjnej, sądzi mowca, że dążyć zawsze należy do wycięcia całej ściany torbieli, wycięcie bowiem częściowe z wszyciem w ścianę brzuszną ma niewątpliwie zaletę zabiegu o wiele krótszego i łatwiejszego, lecz wadą jego jest to, że nie zabezpiecza od nawrotu, a daje przetoki, częstokroć gojące się bardzo długo.

Prof. Przewoski nie uważa za szczęśliwą nazwę »torbiel prawdziwa«, »torbiel wrzekoma« z punktu widzenia anatomopatologicznego. Torbiel, zdaniem jego, jest tylko pojęciem umówionem dla skrócenia, które zupełnie nie przesądza budowy anatomicznej; należałoby zawsze przeprowadzić ścisłe badania anatomiczno-patologiczne dla bliższego określenia. Co do nowotworów torbielowatych, spotykanych w trzustce, to mowca rozróżnia trzy ich rodzaje: nowotwory niezłośliwe, gruczolaki, — które jednak mogą zrakowacieć, — dalej idą nowotwory, wrastające do trzustki z narządów sąsiednich.

Krauze przytacza dwa własne spostrzeżenia torbieli trzustki, operowane w ten sposób, iż udostępnioną ścianę torbieli (przez rozsunięcie obfitych zrostów) przekłuto trójgrańcem, wypuszczono płyn, otwór z przekłucia rozszerzono i wszyto brzegi do otrzewnej ściennej. W obydwu przypadkach zagojenie bez przetok. Mowca na podstawie przytoczonych przypadków wnosi, że tam, gdzie są mocne zrosty, nie należy kusić się o wycięcie torbieli doszczętne, tem bardziej, że przez wszycie ściany torbieli do otrzewnej ściennej można osiągnąć wynik pomyślny.

Maliniak badał płyn z przetoki po operacyi torbieli trzustki. Płyn ten o ciężarze właściwym 1008, zawierał bardzo mało białka, zaczyny: trypsynogen, lipazę i diastazę, tudzież słabą hemolizynę. Celem szybszego zagojenia przetoki zastosowano stosownie do rady Wohlgemutha dyetę przeciwcukrzycą (tłuszcze i białko z wyłączeniem węglowodanów) z dodatkiem dużych dawek dwuwęglanu sodu. Białko i tłuszcze wpłynęły na zmniejszenie się wydzielania soku trzustkowego, jak również soda, która, zobojętniając energicznie kwaśność soku żołądkowego, także wpływała hamująco na wydzielinę trzustki, dzięki czemu mniej drażniona przetoka zagoiła się znacznie wcześniej, niż to zwykle bywa, bo już po 11 tygodniach.

Starkiewicz zaznacza, że prelegent, omawiając rozpoznawanie swoich przypadków, tylko ogólnikowo wspomniał o wyniku ujemnym badania moczu i kału. O ile przypadki te spostrzegane były po roku 1904, to wskazówkę dodatkową uzyskać można było z t. zw. odczynu trzustkowego, podanego w swym czasie przez Cammidgea. Wprawdzie co do odczynu tego w ostatnim czasie spotyka się dość liczne zastrzeżenia, znajdowano go bowiem, prócz chorób trzustki, w cierpieniach innych narządów; jednakże zwrócić należy uwagę, że zgodnie z badaniami Fiorraa, Robsona i Watsona, odczyn ten właśnie w ostrych cierpieniach trzustki i mianowicie w torbielach krwawych znajdowano zawsze dodatni. Oczywiście odczynu Cammidgea nie można jeszcze uważać za obowiązujący, jednak celem ustalenia jego wartości rozpoznawczej pożądanemby było wykonywanie próby w przypadkach odpowiednich.

Rzętkowski przypisuje próbie Cammidgea poważne znaczenie rozpoznawcze, omawia w krótkości jej technikę i zasadę, oraz zaznacza, że w badaniach swoich, wykonywanych od lat kilku, stwierdzał odczyn dodatni we wszystkich sekcyą stwierdzonych przypadkach spraw trzustkowych. Pospolite badanie moczu i kału w torbielach trzustki rzadko daje wskazówki rozpoznawcze; wykonywanie zatem próby Cammidgea mowca uważa w tych razach za niezbędne.

Pruszyński podnosi, że w rozpoznaniu cierpień trzustki częstokroć zawodzi i badanie fizyczne i chemiczne. Odczyn Cammidgea opiera się na poszukiwaniu ciała dotąd nieznanego i również często zawodzi. Mowca sądzi, że zakres działania chirurga w chorobach trzustki jest wielce ograniczony. Rozpoznanie wzmocnionej lub upośledzonej czynności tego narządu jeszcze nie weszło na drogę praktyczną, leczenie niewątpliwie polegać będzie na wprowadzaniu ciał czynnych, któreby mogły wywrzeć wpływ na upośledzoną czynność tego narządu.

Anastazy Landau podnosi fakt, wspomniany w dyskusyi, iż sok trzustkowy w jednym przypadku zawierał tylko zaczyn amylolityczny, a nie było w nim zaczynu proteolitycznego. Tłomaczy się to tem, że sok trzustkowy nie zawiera czynnego fermentu trawiącego białko, a tylko jego zymogen, który przechodzi w postać czynną po dodaniu enterokinazy, wydzielonej przez błonę śluzową dwunastnicy. Co się tyczy odczynu Cammidgea, to mowca sądzi, że niepodobna uważać go za swoisty tak ze względu na nieznajomość zupełną ciała, stanowiącego o istocie odczynu, jak i ze względu na to, iż próba ta, jak świadczą ostatnie prace, oparte na obfitym materyale klinicznym, bywa dodatnią w przypadkach ze zdrową trzustką i odwrotnie — ujemną w przypadkach wybitnego schorzenia tego narządu. Wreszcie podkreśla mówca znaczenie dyety bezwęglowodanowej dla gojenia przetok trzustkowych.

Rzętkowski zaznacza, że badany przezeń szczegółowo w jednym przypadku płyn z torbieli zawierał również wyłącznie zaczyn dyastatyczny. Zdaniem mowcy wystarcza to zupełnie dla rozpoznania pochodzenia płynu, obecność bowiem w nim zaczynów proteolitycznego lub rozkładających tłuszcze, mogłaby naprowadzić na myśl, że chodzi o sok trzustkowy.

Fr. Kijewski odpowiada, że rozpoznanie w swoich przypadkach ustalał po dokładnej parotygodniowej obserwacyi chorych; opierał je zaś na danych badania fizycznego. Próby Cammidgea nie wykonywał, jak nie wykonywano jej w żadnym przypadku z 200, przezeń zebranych. Szczegółowe dane, uzyskane przy badaniu płynu z przetoki w jednym z jego przypadków zebrał Pruszyński i dane te miał ogłosić.

Antoni Majewski.

Posiedzenie d. 16 lutego 1909 r.

1) Landau Anastazy pokazuje **kryształy Cammidgea** i zaznacza, iż na próbie tej w sprawie rozpoznania cierpień trzustki zbyt wiele budować nie można. Nie wiadomo bowiem przedewszystkiem, z jakiem ciałem mamy w danym razie do czynienia, a następnie, sądząc z dotychczasowego piśmiennictwa, odczynu tego nie można uważać za swoisty, gdyż z jednej strony daje on wynik dodatni, kiedy klinicznie trzustkę uważamy za zdrową i odwrotnie. Na dowód powyższego mowca przedstawia pod drobnowidem kryształy Cammidgea, otrzymane w moczu osobnika, chorego na ból lędźwiowy *(lumbago)*, a u którego niema żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Następnie przedstawia mowca tę samą próbę w probówce z widocznymi gołem okiem kryształami, które otrzymano w moczu chorego na cukrzycę; mocz ten w odczynie zasadowym miedzi nie redukował i z drożdżami nie fermentował. Jeżeli w ostatnim przypadku możemy przypuszczać jakieś ukryte cierpienie trzustki, np. zwapnienie jej tętnic, (sprawa dotyczy 50-letniego osobnika), to w przypadku bolu lędźwiowego o cierpieniu trzustki nie może być mowy. Technika tej próby, którą przytoczył na posiedzeniu w dniu 3. lutego r. b. Rzętkowski, jest nader prosta: 10 cm sześc. moczu przesączonego gotuje się na kąpieli piaskowej z 1 cm sz. kwasu solnego, następnie mieszaninę zobojętnia się 4 cm sz. węglanu ołowiu, przesącza się i do przesączu dodaje — octanu sodu i fenylhydrazyny; po paruminutowem gotowaniu zostawia się na 24 godziny. Jeżeli próba występuje dodatnio, otrzymujemy kryształy w postaci cieniutkich żółtawych igieł, ułożonych zazwyczaj promienisto. W razie wyniku dodatniego należy, zdaniem Cammidgea, przerobić próbę powtórnie, strąciwszy poprzednio mocz nasyconym rozczynem sublimatu. Cammidge idzie nawet tak daleko, że na podstawie swych kryształów rozpoznaje nawet poszczególne cierpienia trzustki, jak ropienie, nowotwór i t. d. Co się tyczy samych kryształów, to są one połączeniem fenylhydrazyny z zawartym w moczu węglowodanem, lecz nie wiadomo z jakim. Ponieważ mocz należy gotować z kwasem solnym, to przypuścić można, iż zawarty w moczu ów węglowodan jest polisacharydem, który podlega rozszczepieniu, lub też wchodzi w skład jakiegoś złożonego związku, jak to bywa w nukleoproteidach.

2) Kozerski wygłosił odczyt: **W sprawie dawkowania promieni Roentgena w rentgenoterapii.** Liczba zwolenników rentgenoterapii rośnie w miarę, jak lekarze zapoznają się z nią

z bliska. Bujnie rozrosła kazuistyka, jak również prace szeregu badaczów, stworzyły ściśle dane, podług których można kierować się we wskazaniach, leczeniu i przepowiedni w każdym poszczególnym przypadku. Zaufanie do rentgenoterapii można mieć tylko, mając przeświadczenie, że jest ona ściśle obliczalna, to jest, że po ściśle określonem zastosowaniu promieni nastąpi taki, a nie inny skutek. Skutki, czyli odczyn skóry, podzielił Holzknecht, później Kienboeck, na 3 wzgl. 4 stopnie. Kienboeck pierwszy stwierdził, że stopień odczynu zależy od ilości promieni, od ich dawki. Chromoradiometr Holzknechta stworzył erę w rentgenoterapii, wprowadzając istotnie ściśle dawkowanie.

Po przeglądzie krytycznym dawkomierzów Holzknechta, Sabourand-Noireta, Bordiera, Kienboecka, Freunda, Schwarza, Guilleminota i Luraschiego dochodzi K. do wniosku, że najdokładniejszym jest kwantymetr Kienboecka, najpraktyczniejszym — jest radyometr Sabourand-Noireta.

Na zasadzie dawkomierzów stwierdzamy dawkę w danym punkcie, a na podstawie następujących praw obliczamy ją w każdym poszczególnym punkcie na powierzchni ciała: 1) ilość promieni jest odwrotnie proporcyonalna do kwadratu z odległości, 2) jest proporcyonalna do wstawy kąta, pod którym promień pada. Prelegent przedstawia tablicę, na zasadzie której, zmierzywszy zapomocą przedstawionego przyrządu odległość punktu od antykatody i kąt promienia, odrazu można odczytać dawkę. Objaśnił dalej, jak można szybko obliczyć dawkę każdego punktu każdej prostej i krzywej linii; z kolei — na czem polega równomierne naświetlanie powierzchni — na czem polega różnica metody naświetlania oddzielnymi kawałkami, a naświetlania składanego. Do obliczania dawki w każdym punkcie głębi ciała oprócz powyższych tablic wchodzi w rachubę tablica, zestawiona podług badań Perthesa i Kienboecka, obliczająca, w jakim stopniu twardości rurki, obliczonym podług przyrządów Benoist lub Benoist-Waltera. Tablica Holzknechta podaje normalne dawki dla zdrowej skóry rozmaitych okolic ciała u dzieci i dorosłych. Tablica wrażliwości tkanek (zdrowych i patologicznych) na promienie x podług Kienboecka daje ściśle wskazówki dawkowania w każdym przypadku. Wreszcie zestawił K. tablice według literatury rentgenologicznej, w jakich sprawach możemy liczyć na wyleczenie, w jakich na poprawę, w jakich na ulgę tylko w cierpieniach, w jakich zaś próbowano promieni x bezskutecznie. Zestawiając te wszystkie dane, możemy w każdym przypadku zdobyć dokładne wskazówki, czego oczekiwać możemy i jak promienie stosować. Odczyn był objaśniony licznymi obrazami fotograficznymi z zakresu rentgenoterapii. *Antoni Majewski.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

Posiedzenie w dniu 10 (23) października 1908 r.

Obecnych osób 25. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski. Otwierając posiedzenie prezes zaznacza, iż właśnie minął rok od dnia śmierci prezesa b. »Koła lekarskiego polskiego« Dra Mikołaja Strawińskiego i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie. Również wzywa prezes obecnych, aby uczcili pamięć zgasłego członka »Związku« Dra Woyno przez powstanie.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Prof. Ziemacki wygłosił rzecz pod tyt.: **W sprawie chirurgii dróg żółciowych**. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya. Doc. Z. Orłowski zapytuje prelegenta, jak często zdarzają się nawroty po operacyi cholecystostomii. Prócz tego wyraża zdanie, iż należałoby rozpowszechnić w szerszem kole tak lekarzy, jak i publiczności przekonanie, że operacyi potrzeba stanowczo w przypadkach ciężkich, które nie poddają się wewnętrznemu leczeniu. Operacya powinna tu stać na równi z operacyą przy zapaleniach wyrostka robaczkowego. Prelegent: Nawroty bywają, lecz to daje się spostrzegać na większej statystyce. Tę okoliczność, iż w jednym przypadku operowanym kamyk odszedł później przez przetokę, objaśnić należy przeoczeniem kamyka podczas operacyi, nie zaś utworzeniem się nowego. Chora sama twierdziła po operacyi, iż kamień jeszcze jest i czuła w tej okolicy dolegliwości; po upływie 2 lat odszedł kamień przez przetokę i od tego już czasu więcej się kamienie nie tworzą. Badając statystykę, mowca przekonał się, iż nawroty zdarzają się, lecz w takich razach są obecne zrosty, których podczas operacyi nie usunięto i które mogły stać się przyczyną nawrotu. Doc. Orłowski sądzi, że Kehr jest fanatykiem w tej sprawie. Dr Wierciński: Kehr pierwszy poważnie zaczął zajmować się tą sprawą i należy się mu zupełne uznanie. Mowca zwraca uwagę na zmiany pęcherzyka w cholerze. Doc. Orłowski znaznacza, że i lasecznika duru brzusznego również znajdowano w pęcherzyku żółciowym. Dr Kamieński zwraca uwagę na trudne położenie terapeutów; jeżeli chirurdzy robią zarzuty terapeutom, iż zapóźno wzywają ich dla dokonania operacyi, to wina ciąży wyłącznie na chorych wobec tego, iż chorzy z trudnością dają się namówić do operacyi. Mowca przytoczył przypadek, w którym chora w ciągu 7 lat nie chciała poddać się operacyi i dopiero w ostatniej chwili zgodziła się na zabieg chirurgiczny. Dr Wierciński, porównując zapalenie dróg żółciowych z zapaleniem wyrostka robaczkowego, przypuszcza, iż przy kamicy żółciowej będą operacye również niezwłocznie wykonywane. Dr Kamieński wątpi, aby ta operacya stała się tak powszechną, jak operacya przy zapaleniach wyrostka robaczkowego wobec tego, iż przy kamicy żółciowej często bez operacyi następuje wyzdrowienie. Mowca przytacza ze swej praktyki 8 przypadków, w których nastąpiło wyzdrowienie przy przejściu kamienia bez żadnej operacyi. Prof. Ziemacki upatruje główną winę w nieświadomości chorych co do następstw, jakie może wywołać kamica żółciowa, wobec czego naturalnie chorzy boją się operacyi. Prezes w imieniu zgromadzenia dziękuje prelegentowi za zajmujący odczyt.

II. Dr W. Kozłowski wygłosił rzecz p. t.: **Nowy sposób łączenia moczowodów z pęcherzem** (*urethero-cystostomia*) **na zasadzie własnych doświadczeń na psach.**

Mowca kreśli krótko historyę powstania chirurgii moczowodów i zatrzymuje się nad istniejącymi sposobami wykonywania uretero-cystostomii. Przy ocenie sposobów (zewnątrzotrzewny i śródotrzewny) prelegent uznaje za lepszy sposób zewnątrzotrzewny, gdyż z jednej strony aseptyka ułatwia wykonanie laparotomii, z drugiej zaś szwy otrzewnej (*suturae seroso-serosae*) dają najszybsze i najmocniejsze gojenie się. Kierując się tymi poglądami łączył prelegent moczowody z pęcherzem w sposób następujący: 1) na przeszyty i napełniony rozczynem kwasu borowego pęcherz (cewnik pozostaje w pęcherzu) nakładał szew obwódkowo-ściągany w miejscu pokrytem otrzewną, o ile możności najdalej ku tyłowi; 2) przez koniec moczowodu (nie dotykając błony śluzowej moczowodu) przeciągał długą nić; 3) przecinał pęcherz w miejscu, oprowadzonem szwem; 4) wciągał moczowód do pęcherza zapomocą przeciągniętej nici i cewnika; 5) zaciągał szew obwódkowy i zeszywał otrzewnę pęcherza z otrzewną moczowodów za pomocą 2—3 szwów. Otrzewnej tylnej ściany brzusznej można nie zaszywać. Za pomocą opisanego sposobu operował prelegent 4 psy i otrzymał wyniki dodatnie. Badania wykonano w cesarskim Instytucie klinicznym W. ks. Heleny Pawłówny w Petersburgu. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Wierciński zapytuje prelegenta o los kawałka moczowodu ($^1/_2$—$1^1/_2$ cm długiego), który zostaje wciągnięty do pęcherza. Prelegent przypuszcza, iż następuje zanik i pozostaje najwyżej $^1/_4$ cm. Dr Zdanowicz zwraca uwagę, iż należało dokonać sekcyi, aby w ten sposób przekonać się, że jest tak, jak prelegent twierdzi. Prof. Ziemacki zaznacza, że wyniki tej pracy doświadczalnej mają wielkie praktyczne znaczenie wobec tego, iż zdarzają się przypadki przecięcia moczowodów podczas operacyi w jamie brzusznej. Mowca przytacza jeden przypadek, w którym chirurg przeciął moczowód i wszył go do rany; chory zwrócił się do mowcy o poradę, a mowca gotów był dokonać wycięcia nerki, gdyby po upływie 2 lat stan się nie zmienił; po upływie oznaczonego czasu mocz jednak przestał się sączyć, nastąpił widocznie zanik nerki. Dr Wierciński przytacza również przypadek przecięcia moczowodu, w którym ginekolog przeciął moczowód wysoko: utworzyło się wodonercze, a potem nastąpił zanik nerki i w ten sposób sprawa sama się wyrównała. Prezes w imieniu zgromadzenia dziękuje prelegentowi za zajmujący odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prezes Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż wskutek listu prezesa Rz. Kat. Towarzystwa Dobroczynności p. Jastrzębskiego do »Koła lekarskiego polskiego« została utworzona osobna komisya sanitarna, do której należą: prezes Dr Sz. Dzierżgowski, sekretarz Dr Wilamowski, członkowie: Dr Bykowski, p. Chrzanowski i Prof. Zaleski. Komisya ta miała zbadać warunki sanitarne w instytucyach podległych Towarzystwu Dobroczynności, Macierzy Polskiej i parafii św. Katarzyny. Komisya spełniła swe zadanie i na odbytem posiedzeniu spisała odpowiednie akta, które wkrótce będą podane do wiadomości. Prof. Zaleski sądzi, że należałoby przy instytucyach wspomnianych

utworzyć również porady lekarzy-specyalistów. Wobec tego, że wypadnie zająć się pensyą żeńską, zaproszono do komisyi Dr Białobłocką. Dr Jastrzębski sądzi, iż do komisyi należałoby zaprosić również i przedstawicieli odpowiednich instytucyi; Dr Zakrzewski uważa, iż na pierwsze posiedzenie zapraszać ich nie należy. 2) Prof. Dr Czeczott podaje do wiadomości, że p. Mierzejewska ofiarowała »Związkowi« lekarskie pisma peryodyczne polskie, pozostałe po Prof. Mierzejewskim. Uproszono jednomyślnie Prof. Czeczotta, by w imieniu »Związku« złożył podziękowanie p. Mierzejewskiej. 3) Na wniosek Prof. Zaleskiego i Dra Wolańskiego, wobec zasług Dra Kossowskiego i Prof. Talko-Hryncewicza wybrano obu przez aklamacyę członkami korespondentami. Sekretarz *Zdzisław Sowiński*.

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

(Dokończenie).

Skuteczne odosobnienie osób chorych i poddanych obserwacyi nie da się także przeprowadzić, jeżeli się tym osobom nie dostarczy najniezbędniejszych środków do życia, jak się to już od lat kilku z wielkim pożytkiem w kraju naszym w przypadkach groźniejszych epidemii praktykowało. Bez tego przełamywałaby ludność odosobniona, pozbawiona zarobku i środków do życia, najostrzejsze nawet zakazy i najściślejsze kordony. Gdy zaś skuteczne odosobnienie w przypadkach groźnych epidemii leży przedewszystkiem w interesie państwa, bo zapobiega dalszemu się ich szerzeniu z naszego, na zawlekanie epidemii najwięcej eksponowanego kraju, na inne kraje monarchii, przeto jest rzeczą słuszną, by państwo ponosiło łączące się ze skutecznem odosobnieniem koszta (szpitali ruchomych, żywienia ubogich pozbawionych zarobku osób izolowanych i t. d.).

Warunkiem skuteczności ustawy jest pozyskanie współdziałania najszerszych warstw ludności nietylko przez przymus i kary, ale i z przekonania. Dobrowolne współdziałanie naszej niezbyt jeszcze kulturalnej ludności wiejskiej można będzie uzyskać wtedy, jeżeli się szkody i uciążliwości, wynikające z wykonania ustawy, zredukuje do najmniejszych możliwie granic. Tymczasem przyjęty w ustawie sposób odszkodowania, nie uwzględniający, że dla naszej niezamożnej ludności wiejskiej nawet częściowe uszkodzenie odkażanych przedmiotów może być znaczną stosunkowo stratą materyalną (kożuch, buty i t. p.), że od naszej ludności, często niepiśmiennej, nie można wymagać zgłaszania się aż do władzy politycznej z zachowaniem biurokratycznych formalności, że przy znacznej rozległości powiatów, długim nieraz okresie odosobnienia i rekonwalescencyi nie można żądać, by się poszkodowani (chorzy) właściciele uszkodzonych przy odkażaniu przedmiotów rychło o odszkodowanie do władz powiatowych zgłaszali, — jednem słowem sposób, nie liczący się zgoła z odrębnymi stosunkami kulturalnymi, ekonomicznymi i terytoryalnymi naszego kraju, może w praktyce ludność naszą narażać na niemałe krzywdy i budzić w niej względem pożytecznej ustawy nieufność, zamiast pożądanego zaufania i współdziałania. Również utrata prawa do odszkodowania w razie jakichkolwiek przekroczeń ustawy, a więc np. obowiązku donoszenia, byłaby w naszych warunkach dotkliwą, a najczęściej niezawinioną karą. Utratę tego prawa należałoby ograniczyć tylko do przypadków przekroczenia przepisów o odkażaniu danego przedmiotu. W przeciwnym raźie może utrata prawa odszkodowania stać się w naszych warunkach karą dotkliwszą jeszcze, niż grzywny za przekroczenie ustawy nakładane.

Grzywny zaś takie powinny wpływać wyłącznie na korzyść ludności tego kraju, z którego je ściągnięto. Im bowiem więcej kraj jakiś chorobami zakaźnemi bywa dotknięty, tem liczniejsze będą z natury rzeczy przekroczenia ustawy, tem też obficiej wpływać będą za to grzywny. Gdyby tych grzywien kraj taki nie mógł dla siebie na zwalczenie epidemii zużytkować, wtedy ponosiłby krzywdę podwójną: szkody przez samą epidemię sprawione i kary, jeszcze przytem gotówką opłacane. Jak do poszczególnych krajów, tak samo da się to zastosować do różnych okolic jednego kraju. Dlatego grzywny powinny iść na korzyść gmin. Wszelako należyte zużytkowanie kwot tych może być zagwarantowane tylko wtedy, jeżeli kwoty te scentralizowane w Wydziale krajowym, będą pod jego zawiadywaniem.

11. Zastrzeżony dla ustawodawstwa krajowego rozdział kosztów między strony powinienby tylko dotyczyć rozdziału kosztów między fundusze gminne, powiatowe i krajowe, nie powinien zaś dotyczyć przerzucenia pewnej części ciężarów na strony prywatne.

(Motywa). Jak wynika z poprzedniego, musi być rozdział kosztów między państwo, a kraje (fundusze ogólno-krajowe, powiatowe, gminne), pod wielu względami ujęty inaczej, niż to proponuje projekt ustawy. Skoro nie jest możebne, by skarb państwa pokrywał wszelkie koszta zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych tak, jak to proponowała Najwyższa Rada zdrowia, to przynajmniej powinien ponosić koszta takich zarządzeń i urządzeń, które mają znaczenie nietylko dla ludności miejscowej, a które w pierwszym rzędzie zmierzają do ochrony całego państwa przed wtargnięciem chorób zakaźnych z krajów ościennych. Według tej, jedynie słusznej zasady, ujęto tę stronę sprawy w punktach poprzednich, jako też i w punkcie następnym (12), który ze względu na interesa naszego specyalnie kraju ma znaczenie bardzo doniosłe. Jest rzeczą oczywistą, że niepodobna narzucać na strony prywatne kosztów (np. odkażania lokalu przy delożowaniu i t. p.) wobec tego, że strona prywatna będzie już i tak ciężko dotknięta samą chorobą i związanymi z leczeniem się i t. p. kosztami, utratą zarobku, ograniczeniem wolności osobistej i t. p., co zwłaszcza posiada szczególną wagę w naszym, ubogą ludność mającym kraju.

12. Skarb państwa, oprócz już wymienionych w projekcie ustawy (§ 35), powinien ponosić następujące koszta:

a) wynagrodzenia za doniesienia lekarskie o chorobach zakaźnych,

b) koszta przyrządów i środków do odkażania,

c) koszta nadzorców sanitarnych, utrzymania ich w razie zarażenia się (*Krankengeld*), oraz ich emerytur i zaopatrzeń,

d) koszta zaopatrzenia lekarzy na czas choroby (*Krankengeld*),

e) koszta dostarczenia osobom izolowanym a niezamożnym, zarówno chorym, jak zdrowym, środków do życia i opieki w chorobie,

f) koszta szpitali ruchomych,

g) koszta zakładów badania chorób zakaźnych, stacyi i oddziałów bakteryologicznych,

h) koszta z powodu zarządzenia specyalnych przepisów meldunkowych.

Motywa punktów *a*, *c*, *d*, *e*, *f*, *g*, *h*, wynikają z tego, co się powyżej powiedziało.

Co do kosztów środków i przyrządów do odkażania, to już powyżej wielokrotnie wspomniane względy zasadnicze wymagają, ażeby skarb państwa ponosił ten wydatek na sprawę odkażania, jedną z najważniejszych w zwalczaniu epidemii, zagrażających całemu państwu. Przemawiają też za tem względy praktyczne: oddanie odkażania w ręce nadzorców sanitarnych państwowych, konieczna jednolitość w postępowaniu przy odkażaniu, konieczność utrzymywania przyrządów w stanie należytym, czego np. od gmin oczekiwać nie można, konieczność zapobieżenia, aby strony prywatne nie żądały zbyt wielkich i zbyt częstych odszkodowań za przedmioty odkażane, coby się działo wtedy, gdyby odkażanie pozostawiono w rękach gmin i t. p. — Ze względu zaś na stosunki naszego kraju byłoby nałożenie odkażania na nasze niezamożne gminy dla nich ciężarem nie do zniesienia i uczyniłoby iluzorycznem wykonanie ustawy w tym względzie.

Z postulatów powyższych za najważniejsze, które w interesie kraju koniecznie powinny być spełnione, uważać należy właśnie ten punkt

b) ponoszenie kosztów odkażania przez skarb państwa,

oraz punkt

c) dostarczanie osobom izolowanym, a niezamożnym, środków do życia i opieki na koszt państwa,

wreszcie punkty

c) i *f*) (nadzorcy sanitarni i szpitale ruchome).

Oprócz powyższych wyników, bezpośrednio zmian w projekcie ustawy wymagających, doszła ankieta do wniosków następujących:

I. Reforma administracyi, oparta na wytworzeniu silniejszej jednostki administracyjnej, niż dzisiejsza wiejska gmina ga-

licyjska lub obszar dworski, jest także ze stanowiska sanitarnego, a w szczególności ze względu na zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, rzeczą konieczną.

(Motywa). Dzisiejsza wiejska gmina w Galicyi, odłączona od obszaru dworskiego, z największą tylko trudnością mogłaby podołać skutecznie wymaganiom i obowiązkom, jakie na nią nałoży nowa ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. Na dokładne wykonanie tej ustawy nie dozwoli w galicyjskiej gminie wiejskiej, drobnej i słabej, brak dostatecznej liczby inteligentnych sił wykonawczych i brak funduszów. Z góry można przewidzieć, że dopóki przez reformę administracyi nie powstaną silniejsze jednostki administracyjne, dopóty nie odniesie Galicya z nowej ustawy, pomimo proponowanych przez ankietę poprawek, korzyści w tej mierze, w jakiej je odnieść może i powinna.

II. Jest rzeczą konieczną uregulowanie w drodze ustawy krajowej sprawy zaopatrzenia ludności w dobrą wodę i sprawy handlu starzyzną.

III. Wprowadzenie czy to w ustawie o zwalczaniu chorób zakaźnych, czy też przez osobną ustawę państwową przymusu szczepienia ospy, jest nadzwyczaj pożądane.

(Motywa). Projekt ustawy państwowej o zwalczaniu chorób zakaźnych nie dotyka prawie wcale najważniejszej podstawy zapobiegawczej, t. j. spraw asanacyjnych. Brak ten uznaje sam rząd w motywach ustawy, przerzucając troskę o asanacyę na czynniki autonomiczne. Ponieważ niema o tem mowy, aby brak ten mógł być uzupełniony w ustawie państwowej, przeto zadaniem kraju jest zająć się temi sprawami, które w innych krajach są już przeważnie załatwione, a w Galicyi szczególnie wiele pozostawiają do życzenia [1]) i ze względu na najważniejsze choroby zakaźne szczególnem grożą niebezpieczeństwom; tu należą przedewszystkiem sprawa zaopatrzenia ludności w wodę (cholera, dur brzuszny, czerwonka) i sprawa handlu starzyzną (dur osutkowy).

Przymus szczepienia ospy posiada szczególną wagę dla naszego kraju, który wśród wszystkich krajów monarchii szczególnie jest na zawlekanie tej choroby narażony. Czem zaś zagraża brak przymusu szczepienia, dowodzi niedawna epidemia ospy w Wiedniu.

IV. Liczba lekarzy rządowych powinna być w Galicyi znacznie pomnożona, a to przez pomnożenie liczby starostw (zmniejszenie rozległości powiatów) i ich personalu lekarskiego; warunki bytu lekarzy rządowych powinny być wydatnie polepszone, a lekarzom rządowym, przez pracę w okolicach dotkniętych endemiami pewnych chorób, szczególnie na niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia narażonym, powinny być przyznane szczególne korzyści (np. skrócenie lat służby).

V. Organizacya sanitarna okręgowa powinna być w Galicyi uzupełniona ile możności szybko; okręgi sanitarne należy tworzyć przedewszystkiem w okolicach, mających żywy ruch ludności (powiaty nadgraniczne i powiaty ze znaczną emigracyą sezonową, okolice większych miast), a siedzibę okręgu sanitarnego oznaczać w miejscowości odpowiedniej po wysłuchaniu opinii Krajowej Rady zdrowia i Izb lekarskich. O utworzeniu okręgu sanitarnego powinna decydować w pierwszym rzędzie jego ze względów sanitarnych potrzeba; w tym celu powiaty, finansowo słabsze, powinny mieć zapewnioną wydatniejszą pomoc funduszów krajowych. Myśl utworzenia przy Wydziale krajowym osobnego organu lekarskiego nadzorczego i pouczającego dla okręgów sanitarnych, będzie znacznym i godnym uznania postępem. Należy zmniejszyć długi łańcuch instancyi między okręgiem sanitarnym a władzą wykonawczą polityczną powiatu, zapewnić większą sprawność usiłowaniom lekarzy okręgowych, zmierzającym do postępu asanacyi kraju.

VI. Należy zmierzać do pomnożenia liczby lekarzy gminnych.

(Motywa). W zwalczaniu i zapobieganiu chorobom zakaźnym pierwszorzędne znaczenie ma w c z e s n e rozpoznanie pierwszych przypadków choroby i w c z e s n e zastosowanie najważniejszych środków (odosobnienie, odkażenie) w sposób umiejętny. Jedno i drugie wykonalne jest tylko tam, gdzie jest lekarz na miejscu lub w pobliżu. Tymczasem w Galicyi jest liczba lekarzy w stosunku do liczby ludności niedostateczna; sprawdzanie przyrody podejrzanych przypadków i zastosowanie odpowiednich środków przypadnie najczęściej w zadaniu lekarzom urzędowym, zjeżdżającym do miejscowości, gdzie przypadki choroby zaszły. Przy obecnej rozległości powiatów musi ta czynność lekarzy powiatowych szwankować, a pomoc lekarzy okręgowych, powołanych do współdziałania, nie będzie wystarczającą, dopóki sieć okręgów sanitarnych będzie tak niezupełną, jak obecnie. Stąd wynika konieczność pomnożenia liczby lekarzy powiatowych, resp. pomnożenia liczby starostw, jakoteż konieczność szybszego tworzenia okręgów sanitarnych. Gdy jednak obecny stan finansów krajowych i powiatowych nie dozwala na to, aby organizacya okręgów sanitarnych została w całym kraju naraz lub w ciągu choćby lat kilku dokonana, przeto należy zmierzać do tego, aby była ona ukończona przynajmniej w tych powiatach, które przez żywy ruch ludności są szczególnie na zawlekanie i krzewienie się epidemii narażone.

Fakt, że na niektóre już utworzone posady lekarzy okręgowych brak kandydatów, ma swą przyczynę przedewszystkiem w nędznem wogóle uposażeniu lekarzy okręgowych, a następnie w tem, że siedzibę takich ciągle wakujących stanowisk wybrano wadliwie, bez uwzględnienia, czy w danej miejscowości lekarz będzie się mógł utrzymać, to znaczy, czy będzie miał jakieś dochody z praktyki prywatnej. Oznaczając siedzibę lekarza okręgowego, należy przeto koniecznie oprzeć się na opinii znawców, t. j. Krajowej Rady zdrowia i Izb lekarskich, które najłatwiej jeszcze ocenić zdołają, gdzie można się spodziewać dla lekarza dostatecznych dochodów. Wogóle zaś przy tworzeniu dalszych okręgów sanitarnych należy postępować podług systematycznego planu, nie kierując się tylko zasobnością funduszów Rady powiatowej, lub zgłoszoną jej gotowością do utworzenia okręgu, ale tworząc okręgi sanitarne naprzód tam, gdzie ich najwięcej potrzeba; tylko w ten sposób można zabezpieczyć kraj od wtargnięcia epidemii, jeżeli się utworzy gęstą sieć posterunków lekarskich przedewszystkiem w okolicach, stale najbardziej zagrożonych.

Zarówno do służby rządowej, jak i krajowej (na posady okręgowe), garnie się coraz mniej lekarzy. Przyczyną tego jest ciężka i odpowiedzialna praca, a niedostateczne za nią wynagrodzenie. Jeżeli więc niema nastąpić niedobór w personalu lekarskim rządowym i autonomicznym, to konieczną jest rzeczą poważna poprawa warunków bytu tego personalu. W kraju naszym odstraszać musi lekarzy od stanowisk w służbie sanitarnej także i wielkie niebezpieczeństwo zakażenia się; wszak co trzeci lekarz rządowy w Galicyi choruje, a co szósty umiera na dur plamisty. To też lekarzom, w tak szczególny sposób wystawionym na niebezpieczeństwo, należy podobnie, jak żołnierzom na wojnie, zapewnić za to szczególne korzyści.

W zapobieganiu epidemiom mają podstawowe znaczenie postępy asanacyi, nad którymi czuwać powołani są w pierwszym rzędzie lekarze okręgowi, gminni i powiatowi. Wszelako działalność lekarzy okręgowych na tem polu dopóty nie będzie taką, jakąby być mogła i powinna, dopóki każde usiłowanie ich, zmierzające do poprawy stosunków, wyrażać się będzie długą wędrówką ich wniosków aż do Wydziału krajowego i Namiestnictwa, a stamtąd znów do Starostwa i z powrotem, dopóki między lekarzami okręgowymi a władzą wykonawczą nie będą wprowadzone stosunki ściślejsze i drogi krótsze i szybsze. Zagadnienia, jak podnieść sprawność organizacyi sanitarnej okręgowej, — ustanowienie nadzorczego i kierowniczego lekarskiego organu w Wydziale krajowym jeszcze całkowicie nie rozwiązuje, aczkolwiek jest wielkim krokiem naprzód.

[1]) Fatalny brak dobrej wody w wielu okolicach kraju ilustrują dosadnie dane, zebrane przez Krajową Radę zdrowia, oraz w rozprawach Dra Barzyckiego i Walczyńskiego. Działalność powiatowych władz autonomicznych dla poprawienia tego stanu jest nierównomierna; poprawa stosunków może nastąpić dopiero wówczas, gdy ustawa krajowa przymusi rady powiatowe i gminy do równomiernej wszędzie w całym kraju działalności.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Związku krajowego lekarzy galic. podaje do wiadomości kolegów, że wszyscy członkowie Kasy pogrzebowej dawnej »Samopomocy« zachowują prawa już nabyte i nadal do Kasy pogrzebowej na dotychczasowych warunkach należą.
Sekretarz: *Weinsberg.* Prezes: *Wicherkiewicz.*

Wydział Organizacyi lekarzy krakowskich odbył 14. III. 1909 posiedzenie, na którem Dr Klęsk zawiadomił o bardzo

pomyślnym wyniku swoich starań w sprawie opustu cen rozmaitych artykułów dla członków organizacyi, poczem postanowiono wysłać delegatów na konstytuujące zgromadzenie Organizacyi obwodowej i uwolniono jednego członka organizacyi od połowy wkładki na rok bieżący. Sekretarz: *Dr Witaliński.*

Do wszystkich organizacyi lekarskich zwraca się prezydyum austr. Związku państwowego z następującemi radami, a to z okazyi ostatnich zajść. Najpierw przypomina prezydyum, że wedle uchwały Zjazdu delegatów z 29. i 30. XI. z r. może być bojkot ogłoszony jedynie w porozumieniu z prezydyum Związku. Jak takie postępowanie jest ważne, okazało się w praktyce w dwóch ostatnich przypadkach. Prezydyum jednak prosi, żeby mu dla oceny danego przypadku podawano jak najdokładniejsze informacye, aby, raz na bojkot się zgodziwszy, mogło tem śmielej występować wobec władz. Doświadczenie dotychczasowe przekonało, że największą trudnością w przeprowadzeniu bojkotu była ta okoliczność, iż dotyczący lekarze nie mieli pisemnie pozawieranych kontraktów z pracodawcami, (gminą, kasą chorych). A więc usilnie prosi prezydyum, by organizacye zwracały uwagę swym członkom, żeby, przyjmując posadę, zawierali pisemną umowę i żeby tę umowę przedkładali kierownictwu swej organizacyi do oceny. Niektóre Izby lek. powzięły już prawomocne uchwały, że każdy członek Izby jest obowiązany każdą prywatną umowę o posadę lek. wprzód Izbie swej przedłożyć. Organizacye powinny się o to starać, żeby wszystkie Izby powzięły taką uchwałę, gdyż Izby — mocą swego półurzędowego charakteru — mogą wywierać skuteczny wpływ na formę i treść układów. Prezydyum przypomina, że tylko tych kolegów będzie bronić, którzy należą do organizacyi dawniej, a nie dopiero od chwili, kiedy im zagroziło niebezpieczeństwo. Na wypadek kolizyi między lekarzem należącym do organizacyi, a nie należącym, będzie musiała organizacya z góry stanąć po stronie kolegi, należącego do organizacyi. Prezydyum zwraca dalej uwagę na bardzo ważny szczegół w sprawie bojkotu i prosi, żeby się poszczególne organizacye nad sprawą tą zastanowiły, bo zamierza ją prezydyum przedłożyć jeszcze raz na najbliższem zgromadzeniu delegatów. Rzecz się ma tak. Niektóre organizacye głoszą zdanie, że organizacya jest tylko na to, żeby ocenić, czy w danym wypadku wypowiedziano posadę lekarzowi ściśle wedle umowy. A więc jeśli lekarzowi wypowiedziano na czasie, n. p. 1. stycznia na 1. lipca, to zdaniem tych organizacyi dany lekarz niczego od organizacyi spodziewać się nie może. Inna rzecz, jeśli nie dotrzymano terminu wypowiedzenia i wypowiedziano na inny termin lub wcześniejszy termin (przed 1. lipca w danym przypadku) lub wogóle nie wypowiedziano. Tymczasem zdaniem prezydyum organizacye powinny wnikać także i w motywy wypowiedzenia, bo dla zmuszenia pracodawcy, by wypowiadał na czasie, wystarczają w zupełności sądy; na to nie potrzeba organizacyi.

Organizacye powinny oczywiście także i tem się zajmować, czy danemu koledze wypowiedziano na czasie i ogłosić bojkot posady, jeżeli w danym przypadku i pod tym względem kolegę skrzywdzono i to niezależnie od prawa sądowego dochodzenia dotrzymania terminu i ewentualnego odszkodowania. Przyczyna tego leży w tem, że przez czas procesu, zwykle długo trwającego, mógłby lekarz ponieść niepowetowane szkody, których żaden sąd mimo przyznanego odszkodowania nie zdoła wynagrodzić lub wstrzymać. Bojkot jest w takim razie tylko organizacyjnem dopełnieniem niedostateczności ochrony prawnej. Organizacya jest więc powołana nawet przy zachowaniu terminu wypowiedzenia na żądanie dotyczącego lekarza zbadać i powody wypowiedzenia lub uwolnienia ze służby. A jeśliby się okazało, że motywy wypowiedzenia są niewystarczające, n. p. natury czysto politycznej, że nie mają żadnego związku z lekarską czynnością kolegi, to organizacya powinna postarać się o uznanie bojkotu w Związku centralnym. *Stahr.*

Co może organizacya, bez której każdy z kolegów sam byłby skazany na łaskę losu, pokazało się w Wiedniu. Dr Koralewski był lekarzem cegielni Hennersdorf-Leopoldsdorf pod Wiedniem pełnych lat 18 i bez żadnego słusznego powodu posadę tę mu wypowiedziano. Organizacya, zbadawszy sprawę, ogłosiła bojkot tej posady, a wtedy przeciwnicy poruszyli wszystkie sprężyny, by złamać organizacyę. Od pół roku szukała dyrekcya cegielni lekarza za pomocą inseratów w pismach codziennych, osobiście zabiegała po wszystkich szpitalach, by zjednać jakiegokolwiek lekarza na tę posadę. Już nawet zdawało się, że znaleziono kogoś, już nawet meble tego kolegi były na miejscu w Leopoldsdorf, — wtedy prezydyum Związku wdało się w tę sprawę i kolega ów zobowiązał się słowem honoru, danem prezydentowi Związku, posady nie obejmować. Tymczasem nadszedł 1. styczeń 1909, w którym to dniu dotychczasowy lekarz Kasy, Dr Koralewski, złożył swą czynność lekarza Kasy. Fabrykanci wtedy poczęli chodzić od Anasza do Kajfasza, od starosty w Bruck do namiestnictwa, a nawet do ministerstwa spraw wewnętrznych — nic to jednak nie pomogło. Prezydyum Związku, broniąc słusznej sprawy, nie ustąpiło na włos. Fabrykanci poczęli sobie radzić w ten sposób, że żądali w poszczególnych przypadkach pomocy już to dotychczasowego lekarza, już lekarzy z sąsiedztwa na mocy przymusu zawodowego. Kiedy to jednak trwać poczęło zbyt długo, doniosło prezydyum Związku starostwu w Bruck, że Kasa chorych przedsiębiorstwa cegielnianego w Hennersdorf-Leopoldsdorf od 1. stycznia b. r. jest bez lekarza, a więc nie spełnia swych obowiązków z przepisów § 6, l. 1 ustawy z 30 marca 1888 Dz. u. p. Nr 33. To zaraz poskutkowało. W dwa dni została zawarta ugoda za pośrednictwem Związku i wiceprezydenta dolnoaustryackiej Izby lek. między dotychczasowym lekarzem Kasy a Zarządem cegielni i Kasy, mocą której posadę lekarzowi wolno odtąd wypowiedzieć tylko w porozumieniu z dolno-austryacką Izbą lekarską. Zwycięstwo odniosła organizacya na całej linii.

I na Śląsku toczy się teraz gorąca walka. Podjęła ją organizacya w obronie Dra Kłuszyńskiego w Piotrowicach. Dr Kłuszyński, z przekonań socyalny-demokrata, naraził się wielkościom swego miasteczka z okazyi wyborów do parlamentu, jako też przez założenie robotniczego sklepu spożywczego. Rada gminna wypowiedziała mu dlatego posadę lekarza gminnego, na co organizacya śląska odpowiedziała bojkotem tejże posady. Kiedy po pół roku nie znalazł się między kolegami żaden zdrajca, trzeba było zwiększyć przyniętę do Piotrowic, i nakłoniono tamtejszą fabrykę sody, że i ona posadę Dr Kłuszyńskiemu wypowiedziała. Bojkot rozciągnięto naturalnie i na tę posadę. I teraz się pokazało, że w życiu publicznem możliwą jest rzeczą, że jedna przyczyna wywołać może dwa różne skutki. Gdy władza krajowa z całym spokojem przyjęła do wiadomości ogłoszenie bojkotu posady lekarza gminnego i nawet ani próbowała pogodzić pawaśnionych stron, to bojkot fabryki sody nagle pobudził jej energię. Ale też właścicielem tej fabryki jest namiestnik śląski hr. Larysz. Władza krajowa rozwiązała organizacyę, która w obronie kolegi nie zawahała się i nie uszanowała fabryki pana namiestnika. Oczywiście mimo rozwiązania organizacyi śląskiej bojkot zostaje utrzymany.

Fakta powyższe dowodzą, co znaczy organizacya i jak jest potrzebna. *Stahr.*

Brak lekarzy wojskowych w Austryi, o którym już kilkakrotnie pisaliśmy, wyraźnie widać w nowym schematyzmie wojskowym. Cały oficerski korpus lekarski liczy 1062 osób, a więc brakuje mu do kompletu około 200 lekarzy (przeważnie lekarzy-poruczników »Oberärzte«). W piechocie ma tylko bardzo mało pułków przepisany stan 5 lekarzy, a tylko niektóre mają po czterech lekarzy. Przeważnie mają po 3 lekarzy, a niektóre pułki nawet tylko po 2 lekarzy. W konnicy zmniejszono już liczbę 3 lekarzy na 2 lekarzy na jeden pułk, ale i tej skromnej liczby lekarzy nie ma pięć pułków. Dla zaradzenia brakom powiększa władza wojskowa ilość stypendyów (obecnie jest ich już 460) i powiększa ilość stopni sztabowych lekarskich: i tak już obecnie w 24 pułkach piechoty i strzelców cesarskich są lekarze sztabowi, jako szefowie lekarscy tych pułków. *Stahr.*

Wyrób przyrządów Dra Gąsiorowskiego „Therm" do odkażania formaliną objęła obecnie fabryka E. Thursfield N. Inst. C. E. w Gumpoldskirchen koło Wiednia.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7. III. do 13. III. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 1, Markowa 4, Biłków 14), Brzeżany (Chorobrów 2, Kuropatniki 2, Kozowa 1), Buczacz (Krasiejów 1), Drohobycz (Medenice 1, Bolechowce 7), Gródek jag. (Wiszenka 1), Horodenka (Hawrylak 2, Targowica 1, Żydaczów 12), Husiatyn (Kluwińce 1), Jaworów (Sarny 7), Kolbuszowa (Trzeboś 1), Kołomyja (Słobódka polna 4, Siemakowce 2), Kosów (Chomczyn 1), Mościska (Czerniawa 5), Skałat (Grzymałów 14, Podlesie 3), Śniatyn (Trościaniec 11), Kraków miasto 1 (zachorował wyrobnik przybyły z Zarubiniec p. Zbaraż). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. III. do 13. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 (w tem obcy 1), krztuśca — † 1, płonicy 19 † 2, odry 1, duru brzusznego 1 (1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. III. do 13. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 2 † 1), płonicy 4 † 2 (1 † 1), odry 6, duru brzusznego 3 † 2 (2 † 2), gorączki połogowej 1 † 1. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 21. II. do 27. II. 1909 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 7 † 2, odry 1, płonicy 7, róży 3 † 1, duru osutkowego 67 † 3, duru brzusznego 19 † 4, duru powrotnego 5 † 1, błonicy 6 † 1, grypy 6. (*Gaz. lek.* 11).

Śmiertelność w m. Łodzi za drugie półrocze roku 1908 i liczby rocznej śmiertelności:

Choroby zakaźne: ospa 70:0, 26:0, 28:1, 28:3, 28:0, 39:2, przez cały rok 807; błonica: 4, 13, 12, 14, 20; za rok 117: krztusiec: 9, 23, 10, 9, 7, 11, za rok 85; płonica 19, 11, 19, 28, 27, 9, przez rok 144; odra: 51, 13, 10, 10, 9, 6, przez rok 155; gruźlica płuc 87, 84, 67, 80, 73, 112, przez rok 1028; włóknikowe zapalenie płuc: 117, 39, 57, 54, 59, 64, przez rok 755; gruźlicze zapalenie opon mózgowych: 37, 22, 16, 28, 27, 34, przez rok 372; dur brzuszny: 16, 26, 20, 22, 16, 19, przez rok 198; gorączka połogowa: 7 (X), 6, 2, przez rok 37; zakażenie krwi: 0, 4, 4, 2, 10, 3, przez rok 23; róża: 0, 4, 1, 0, 5, przez rok 15; kiła: 2 (X), 3 (XII), przez rok 10. Ogółem choroby zakaźne dały 3760 zejść (w tem 629 żydów).

Choroby niezakaźne: nieżyt żołądka i jelit: 252, 306, 142, 75, 48, 49, przez rok 1509; zapalenie nerek: —, 10, 12, 23, 18, 26, przez rok 115; choroby dróg oddechowych (nieżytowe zapalenie płuc): —, 60, 49, 53, 43, 53, przez rok 538; choroby serca: 37, 25, 24, 29, 36, 36, przez rok 358; udar mózgowy: 12, 8, 0, 5, 13, 3, przez rok 69; uwiąd starczy: 18, 34, 36, 40, 37, 48, przez rok 462; uwiąd (brak sił) u dzieci: 30, 31, 32, 33, 25, 35, przez rok 227; nowotwory złośliwe (rak): 18, 0, 19, 23, 13, 22, przez rok 140; uduszenie i powieszenie (samobójcze) przez rok 37; rany postrzałowe przez rok 62; rozmaite choroby niezakaźne: 58, 16, 45, 53, 67, 51, przez rok 1288; nieżywo urodzonych: 41, 51, 53, 56, 80, 70, przez cały rok 650 (129 ż.); ogółem chorób niezakaźnych 6052 (1270 ż.).

Ogólna śmiertelność za 1908 r. wynosi 9812 zejść, w tem 1869 żydów. Wypada więc (przy 350.000 ludności w Łodzi) 28,2 pro mille rocznie, dla żydów zaś 22,3 pro mille rocznie.— Pierwsza liczba jest większa, niż w Petersburgu i Moskwie i największa ze wszystkich miast, objętych międzynarodową listą miast wielkich w Europie. Dla żydowskiej ludności śmiertelność wypada również większa, aniżeli w innych miastach Rosyi (ogólnie 15 pro mille).

Częstość chorób zakaźnych w Łodzi jest niewiadomą, ale liczba śmierci wskutek nich przechodzi normy we wszystkich innych miastach. *Dr S. Bartoszewicz.*

Nauka i społeczeństwo polskie poniosły ciężką stratę przez śmierć

ś. p. Dra Teodora Dunina

zmarłego w Warszawie d. 16. marca b. r. w 55 roku życia.

Życiorys podamy w numerze następnym.

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Budapeszcie.

Do polskiego Komitetu Zjazdu wybrało Towarzystwo lekarskie lwowskie delegatami: Prof. Gluzińskiego, prym. Piseka, Prof. Sieradzkiego i Dra Witolda Ziembickiego.

Wiadomości bieżące.

XVI. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się 15., 16. i 17. lipca rb. bezpośrednio przed I. Zjazdem internistów polskich w Krakowie. Uprasza się o wczesne zgłaszanie wykładów.

L. Rydygier,
Prezes Zjazdów chirurgów polskich.

Prezydyum Towarzystwa lekarzy galicyjskich przesłało nam następujące pismo:

Prezydyum Towarzystwa lekarzy galic., korzystając z uprzejmości »Przeglądu« pozwala sobie przesłać Szanownym Kolegom jako dodatek do »Przeglądu lek.« »Projekt zmiany ustawy Towarzystwa lekarzy galicyjskich«, opracowany przez komisyę statutową, wybraną na ostatniem Walnem Zgromadzeniu. Projekt ten obejmuje postanowienia niezmiernie ważne, które wnikają w głąb dotychczasowej organizacyi naszego Towarzystwa. Normując sprawę reformy gospodarstwa finansowego, sprawę równouprawnienia obu organów Towarzystwa, rozszerzenia autonomii Tow. lek. lwowsk., zjednoczenia się z Tow. lek. krakowskiem itd., czyni on tylko zadość życzeniom Szanownych Kolegów, wyrażanym niejednokrotnie w formie wniosków, które uzyskiwały poklask na walnych zgromadzeniach. Mimo to jednak Rada zawiadowcza, zanim tę sprawę przedłoży Walnemu Zgromadzeniu do dalszego postanowienia, pragnie zasięgnąć zdania jak najszerszych kół Kolegów, czy projektowana zmiana statutu odpowiada ich intencyom i czy nie mają jeszcze innych życzeń, których projekt nie uwzględnia.

Dlatego też zwracamy się tak do Szanownych Kolegów, jak i do Szanownych Zarządów Sekcyi z prośbą o przeprowadzenie nad tym przedmiotem szczegółowej dyskusyi i zawiadomienie Rady zawiadowczej o jej wyniku.

Dr Świątkowski sekr. gen. — *Dr Merunowicz* prezes.

Kraków. Na posiedzeniu Rady honorowej Izby lekarskiej zachodnio-gal. w d. 12, III. 1909 odbyła się rozprawa honorowa co do zatargu między Drem D. H. i Drem H. H., po przeprowadzeniu której Rada honorowa, jako sąd polubowny, uchwaliła stwierdzić, iż zajście między obu lekarzami polega na nieporozumieniu, a skoro obaj, na propozycyę Rady, zgadzają się rzecz puścić w niepamięć, Rada sprawę umarza. Następnie odbyła się rozprawa co do zatargu między Drem L. a Drem G. i towarzyszących temu okoliczności. Wobec tego, że Dr G. przeprosił Dra L. za uczynione mu bezpodstawne zarzuty, uznała Rada sprawę między nimi za załatwioną. Natomiast uznała Rada Dra G. winnym uchybienia godności stanu i udzieliła mu ostrzeżenia.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 17. III. 1909 posiedzenie, na którem prezes poświęcił gorące wspomnienie ś. p. Dr Teodorowi Duninowi i zawiadomił, że Towarzystwo lekarskie krakowskie i Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesłały telegraficznie kondolencye na ręce Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Następnie Prof. Kader przedstawił przypadek olbrzymiej przepukliny pępkowej i przypadek zwężenia ujścia cewki i ropni okołocewkowych, a Prof. Nowak wyłożył rzecz: »O wartości uodpornienia bydła przeciw gruźlicy metodą Behringa«. W dyskusyach przemawiali: Prof. Bujwid, prym. Dr Borzęcki, Prof. Kostanecki i Prof. Kader.

— Towarzystwo ratunkowe wybrało na r. 1909 prezesem r. dw. Prof. Dra Wicherkiewicza, wiceprezesem Doc. Dra Brauna, członkami Wydziału m. i. Dra K. Flisa, Janiszewskiego i Prof. Kadera.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Edward Bruner i Stanisław Saski z Warszawy i Stanisław Matlak z Andrychowa.

— Ministerstwo kolei wydało zezwolenie (koncesyę) spółce prywatnej na podjęcie technicznych robót przygotowawczych dla kolei Nowy-Targ—Szczawnica.

Lwów. Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 13. III. 1909 roztrząsano sprawę budowy miejskiego szpitala zakaźnego i wybrano delegatów do ankiety, zwołanej przez Wydział krajowy w tej sprawie. Następnie uchwalono m. i. rezolucyę, uznającą konieczność regulacyi dzielnicy III. i innych niezdrowych dzielnic miasta. Fizyk miejski, zdając sprawę ze stanu epidemii płonicy we Lwowie, stwierdził, że od stycznia epidemia nie wzrasta; obecnie w leczeniu jest 115 chorych.

— Dr Kazimierz Zgórski, naczelny lekarz Dyrekcyi kolei państwowych we Lwowie, obchodził w ubiegłym tygodniu 25-lecie pracy zawodowej.

— »Tygodnik lekarski« (10) zwraca uwagę, że ministerstwo spraw wewn. osobnymi reskryptami poleca za pośrednictwem starostw lekarzom urzędowym i innym od czasu do czasu dzieła, wydawane przez wiedeńską księgarnię Braumüllera. »Wydawanie podobnych komunikatów« — dodaje »Tygodnik« — »uważamy za prostą reklamę. Dlaczego ministerstwo nie zaleca

przez swe organa dzieł polskich lub innych, niewydanych przez firmę Wilhelma Braumüllera w Wiedniu, skoro te również nadają się znakomicie do dalszego wykształcenia lekarzy?«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Abraham Mayer, rodem z Zamarstynowa.

Warszawa. Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi utrzymywało w r. 1908 w zakładzie w Drewnicy 160 umysłowo chorych kosztem 30,615 rb.; dochodu miało Towarzystwo zaledwie 22,406 rb., niedobór więc przekracza 8000 rb. Na budowę zakładu dla nerwowo chorych w Karolinie zebrano dotąd 35,000 rb.

— Wydawnictwo im. Dra A. Sokołowskiego ogłasza konkurs z terminem do 1. IX. 1909, a nagrodą 50 rb na broszurę popularną (jeden arkusz druku) na temat: »Jak się ma zachowywać osoba zagrożona suchotami?«. Prace z zachowaniem zwykłych formalności należy nadsyłać pod adresem: Towarzystwo lekarskie (Biblioteka). Warszawa, Niecała 7.

— Tymczasowy szpital przy ul. Złotej na 100 łóżek, urządzony początkowo dla chorych cholerycznych, ma być otwarty jako szpital zakaźny.

Z różnych stron. Zakład kąpielowy w Ustroniu na Śląsku Cieszyńskim, blisko źródeł Wisły, przeszedł, jak donosi »Dziennik polski« (126) w ręce niemieckiej spółki, zorganizowanej przez opawski »Nordmark«, za cenę tylko 90,000 K.

— Prof. chemii w Bernie Szwajcarskiem, Dr Stanisław Kostanecki, mianowany został rycerzem legii honorowej.

— Prezesem miejskiej komisyi sanitarnej w Petersburgu na miejsce Dra Oppenheima został wybrany rodak nasz, Docent Akademii wojskowo-lekarskiej, pedyatra Dr Władysław Hubert.

— Do konkursu na katedrę chemii fizyologicznej w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu stanął m. i. Prof. Dr S. Zaleski.

— Rektorem nowo powstającego Uniwersytetu w Saratowie został mianowany profesor Uniwersytetu kazańskiego Dr Razumowskij.

— B. profesor patologii ogólnej w Warszawie, następnie dyrektor petersburskiego Instytutu medycyny doświadczalnej, wice-minister oświaty Łukjanow, mianowany został... oberprokuratorem najświętszego Synodu.

Mianowani: Dr St. Gurbski asystentem-eksternem I oddziału chirurg. szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Zmarli: Dr Stefan Zielonko w Siedlcach.

Redakcya otrzymała. Maciesza: 1) Znaczenie przewodu pokarmowego w powstawaniu pylicy płuc i organów jamy brzusznej. 2) O wrodzonych, nadmiernie rozszerzonych otworach ciemieniowych u ludzi. Akad. Umiej. 1909. — H. Wilczyński: O wpływie lecytyny na miesiączkowanie. Odb. »Gaz. lek.« 1909.— Biernacki: Zur Symptomatologie und Diagnostik der »harnsauren Diathese«. Odb. »Wiener med. Wochs.« 1909. — E. Kowalski: O tak zwanem hartowaniu ciała zapomocą stosowania zabiegów wodnych. »Tyg. lek.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. marca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dyskusya nad wykładem Prof. Nowaka; 2) Dr Nelken: Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego wartość rozpoznawcza w chorobach umysłowych i nerwowych na tle kiły powstających.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lek. galic. odbędzie zapowiedziane na 20. marca 1909 posiedzenie z tym samym porządkiem dziennym d. **27. marca 1909 r.** o godz. 6 wieczór.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

„Dysphagie-Tabletten“, wyrób firmy Dra Horowitza w Berlinie, zawiera 0·01 anestezyny, 0·01 mentolu, a tylko w formie silniejszej także 0·005 kokainy, obok środka poprawiającego smak. Kołaczyki przeznaczone są do uśmierzania bólów w jamie ustnej, gardle, krtani, częściowo także w przełyku i żołądku. Dr Martin Haudek, asystent w »Wiener allg. Krankenh.« poleca środek ten (klin. therapeut. Wochenschrift 1909, Nr IV.) na podstawie poczynionych przez siebie doświadczeń. H. stosował kołaczyki w 10 przyp. gruźlicy krtani; podawał 3—6 kołaczyków dziennie przed jedzeniem. U 4 suchotników z owrzodzeniami stwierdził H. bardzo korzystne działanie. Po uczuciu chłodu ustaje drapanie w gardle, tak iż jedzenie jest możliwe bez silnych dolegliwości. U 3 chorych nastąpiła znaczna ulga w bólach przy jedzeniu i piciu, a jeden chory twierdził nawet, że doznaje mniej duszności. W pozostałych 3 przyp. nie stwierdzono pożądanego wyniku. W przypadku głęboko usadowionego raka przełyku nie spostrzeżono wyraźnego działania. W ostrem i przewlekłem zapaleniu gardła działają kołaczyki znakomicie. Uczucie chłodu i odświeżenia utrzymuje się w gardle przez czas dłuższy.

Hr. W.

Pyrenol poleca Dr C. Breuer (Klin. therapeut. Wochenschr. 1909, Nr 5). W leczeniu chorób dróg oddechowych znalazł pyrenol zastosowanie z powodu działania wykrztuśnego, występującego już w kilka godzin po podaniu i to bez drażnienia do wymiotów, jak to się dzieje n. p. po zażyciu wymiotnicy lub apomorfiny. Dalszą zaletą pyrenolu jest jego działanie zmniejszające wydzielinę. Działanie uspokajające pyrenolu pozwala stosować go przy krztuścu i dychawicy oskrzelowej, względnie nerwowej. Ogólnie uznany brak działania trującego umożliwia stosowanie pyrenolu przez szereg tygodni, co przy krztuścu ma doniosłe znaczenie. Przy zapaleniu płuc, grypie i ostrym nieżycie oskrzeli zaznacza się nieco działanie obniżające lekko ciepłotę, bez obawy jej nagłego spadku i zapadu, spostrzeganego przy szeregu innych środków przeciwgorączkowych, gdyż zauważono przeciwnie własność skrzepiania mięśnia sercowego.

To też B. uważa na podstawie swego doświadczenia pyrenol za lek cenny przy ostrym i przewlekłym nieżycie oskrzeli, przy zapaleniu płuc, grypie, krztuścu i dychawicy, podnosząc jego wpływ korzystny na przebieg tych cierpień, jako też brak działania niekorzystnego na czynność serca.

Hr. W.

SKUTECZNIEJSZY NIŻ OLEJ Z WĄTROBY STOKFISZA



Łatwiejszy w użyciu. Przyjemnego smaku. Żadnych nudności, ani biegunki. Pobudza apetyt. Zwiększa wagę ciała.

EKSTRAKT Z WĄTROBY STOKFISZA „FIGADOL“

1 łyżka WINA VIVIEN, zastępuje 2 łyżki stołowe najlepszego tranu stokfiszowego

Główny skład, próbki i broszury opisujące doświadczenia — w aptekach:
Dra J. Piepes-Poratyńskiego we *Lwowie*, pl. Bernardyński, l. 1.
Konst. Wiszniewskiego w *Krakowie*, ul. Floryańska, l. 15.
VIVIEN, Rue Lafayette, 125, Paris

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana

znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa
Krondorfska
uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.